Należytość pocztową opłacono ryczałtem

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

126



Rok V. Styczeń—Luty 1933 Nr. 1—2

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

Administracja »Pielęgniarki Polskiej« przypomina uprzejmie W. W. P. P. Czytelnikom o zaległej prenumeracie.

By uniknąć przerwy w otrzymywaniu pisma, prosimy o podawanie **zmian adresów**, podając dotychczasowy . . . . obecny . . . . . .

Rok V. Styczeń-Luty 1933 Nr 1-2.

PIELĘGNIARKA POLSKA

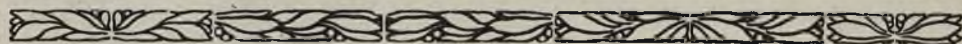
CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH
WYCHODZI POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ I MARJI STAROWIEYSKIEJ

Zjazd Międzynarodowej Rady Pielęgniarstwa

odbędzie się w dniach

od 14—20 lipca 1933, w Paryżu i Brukseli.

Szczegółowy program w nast. n-rze „Pielęgniarki Polskiej".



Próby organizacji służby społecznej w szpitalach

Referat wygłoszony na Zjeździe lekarzy powiatowych wojew. lwowskiego w dniu 7 X, 1932.

Postanowiwszy wziąć za temat referatu organizację służby społecznej w szpitalach, obawiałem się czy mogę stanąć przed Wielce Szanownem Gronem Kolegów dla omówienia tego przedmiotu, ponieważ Panowie Koledzy są z nim obznajomieni. Uspokoił mię trochę fakt, że ten dział medycyny zapobiegawczej rozwija się na świecie dopiero od niedawna, i że w Polsce nic albo bardzo niewiele robi się w tym kierunku. Dlatego to, może z racji równocześnie odbywającego się u nas Zjazdu pielęgniarek, pragnę opisać krótko historję tej najnowszej gałęzi opieki zdrowotnej, oświetlić dzisiejszą pracę społeczną w szpitalach zagranicą i podać co u nas istnieje od kilku lat, a wreszcie podkreślić konieczność zorganizowania w naszych szpitalach podobnej opieki w określony sposób.

Na terenie szpitala tak lekarze, jak i służba pielęgniarska traktują przeważnie chorych jako materjał kliniczny, czy szpitalny, uważając chorego jako przypadek mniej lub więcej interesujący ze stanowiska medycyny. Chodzi im bowiem o stan patologiczny chorego, zastosowanie nowego sposobu terapji, albo o ciekawy przebieg cierpienia i jego wynik. Celują w tem chirurdzy, których bardzo interesuje szybka i trafna djagnoza, wybór metody operacyjnej i strona techniczna, nie ustępują im ginekolodzy i położnicy, którzy również dostają często przypadki operacyjne. Najwięcej jeszcze wchodzą w psyche chorego i w jego życie pozaszpitalne interniści i specjaliści chorób dzieci, ponieważ przy ściąganiu wywiadów dowiadują się o potrzebnych im do ustalenia rozpoznania faktach odzwierciedlających jednocześnie stan zamożności chorego, jego stosunki zawodowe, rodzinne, badają zagadnienia obciążenia i poznają zamierzenia chorych na przyszłość i obawy co do ich przyszłego losu. Nie chcę w zanadto ciemnych barwach przedstawiać stosunków szpitalnych, gdzie chory jest bardzo często tylko n u m e r e m. Pamiętamy sami, jak mówiliśmy, do Siostry szpitalnej „co robi ten z „*pyothorax*“ na łóżku 24-em“ ? czy Siostra dała już „*mf.*“ tej z *Ca uteri* na łóżku 12-tem? i t. d. Byliśmy zadowoleni kiedy „*pyothorax*“ wygoił się dość szybko, kiedy ginekolog w czas dostał „*ca*“ do operacji, a głównie interesowaliśmy się w szpitalu tem, jak ten szpital zapchany jest samemi banalnemi przypadkami i jakie są teraz szczupłe budżety szpitalne! i t. d. Troszczyliśmy się też o odpowiednie leczenie chirurgiczne, czy specjalistyczne przeważnie zresztą medykamentami, dbaliśmy o zachowanie przepisanej djety, o leczenie fizykalne, często myśleliśmy o leczeniu sanatoryjnem — ale nikt z nas nie miał czasu pójść do rodziny chorego zapytać się czy wtedy, kiedy żywiciel jej przebywał w szpitalu, nie cierpiała ona nędzy i nie miał czasu zastanowić się, coby na to poradzić można. Mało kto z nas interesował się tem, że chory z *pyothoraxem* miał ponadto gruźlicę, która nie ustąpiła po wygojeniu rany operacyjnej, a po powrocie do domu był ogniskiem dalszego rozprzestrzeniania się choroby i ta nie pozwoliła mu długi czas zarobkować. Musieliśmy podleczonego chorego odesłać do domu, bo inni już czekali na wolne łóżko szpitalne i traciliśmy go na zawsze z oczu.

Trzeba sobie powiedzieć, że szpital pozostaje dla chorego instytucją zimną, zmechanizowaną i obcą. Chory wyczuwa coś b e z o s o b o w e g o w leczeniu szpitalnem, zdaje sobie sprawę z tego, że jest j e d n y m z s z e r e g u nieszczęśliwych i wie, że w razie niekorzystnego wyniku leczenia, przyczyna tego będzie zamknięta w murach szpitalnych, a tylko procent zgonów szpitalnych pogorszy się.

Prof. Dr. Ryszard *Cabot*, twórca nowoczesnej opieki szpitalnej z Bostonu mówi: Zdrowy człowiek ma swoją otoczkę duchową, nietylko swą otoczkę cielesną, otacza go bowiem atmosfera społeczna i duchowa. Tembardziej ma tę otoczkę chory, potrzebujący dlatego więcej opieki psychicznej. W szpitalu chory traci tę otoczkę duchową i pozostaje sam, z otoczeniem nastawionem jedynie na sprawy cielesne. Odczuwa silnie tęsknotę za domem, a obok siebie, nie widzi t. zw. pomocy społecznej. Lekarz niema znów środków pomocniczych, nie może otrzymać dobrej anamnezy społecznej, ani postawić społecznego rozpoznania i zadecydować o społecznej terapji. Również nie może oddać swych wyników obserwacji szpitalnej i swego leczenia, na usługi zapobiegawczych urządzeń społecznych.

W Ameryce wspomniany Dr. *Cabot* już w roku 1905 zorganizował w Hospital Social Service szpitalną służbę społeczną. W 20-cia lat później liczono w Stanach Zjednoczonych już setki szpitali z zorganizowaną służbą społeczną i tysiące pielęgniarek służby społecznej. W Anglji jest zaledwie około 50 szpitali mających taką służbę, chociaż już w roku 1872 Sir Charles Loch odczuwał jej brak, gdyż nie znajdował łącznika między przychodnią, a światem zewnętrznym i chciał ten brak usunąć. Dopiero w roku 1895 przyjęto pierwszą opiekunkę szpitalną nazwaną Lady Almoner. Obecnie istnieje już wielka organizacja „*the Institute of Hospital Almoners*“. We Francji Prof. Marfan wprowadził tuż przed wojną w szpitalu dla dzieci podobną opiekę. Po wojnie p. Gitting zorganizowała „*service social à l'hôpital*“ w większych miastach francuskich. Opieką swą objęła tylko gruźlików, podobnie jak znów organizacja Prof. Hartmanna objęła tylko chorych na raka i oparła się na pracy Komitetu francuskich pań. W Niemczech od roku 1896 pionierkami tego ruchu są Dr. Alicja Salomon, Eina Basch i Pani Tüllman. Ta ostatnia pisze, że niezmiernie często dla pełnienia świadczeń społecznych musi być do dyspozycji chorych szpitalnych siła specjalnie wyszkolona. Obecnie w stu kilkudziesięciu niemieckich szpitalach wielkomiejskich jest już taka opieka ze specjalnem wyszkoleniem, głównie psychologicznem. Austrja, Belgja, Holandja, Szwecja i Finlandja poszły w ślady wymienionych państw. W roku 1928 odbył się nawet Międzynarodowy Kongres Służby Społecznej w Paryżu, gdzie działacze różnych narodów zapoznali się i wymienili swoje zapatrywania co do omawianej organizacji. Dr. Cabot przestrzegał jednak na Zjeździe przed bezkrytycznem kopjowaniem organizacji innych krajów. Pani Tüllmann tak opisuje w artykule „*Eindrücke von der Pariser Internacionalen Doppelwoche*", co należy rozumieć pod nazwą służby społecznej w szpitalu. Jestto szereg zarządzeń, które przygotowują, wspierają i przedłużają sku-

tecznie zabiegi lekarskie i pielęgniarskie koło chorego w szpitalu, a celem tych zarządzeń jest wzmożenie samopoczucia chorego, wspieranie i uzupełnianie zabiegów leczniczych, utrzymywanie zdatności społecznej jednostki i upowszechnienie praktyki profilaktyki społecznej. Inne określenie zadań opieki społecznej brzmi:

1) służba społeczna w szpitalach popiera leczenie przez usuwanie przeszkód społecznych i gospodarczych.
2) pozwala na lepsze wyzyskanie łóżek szpitalnych przez unikanie zbyt długiego pobytu w szpitalu
3) i zużytkowuje, choćby ograniczone siły robocze dla dobra ogółu.

Francuzi tak tę służbę określają: cechą służby społecznej jest to, że punktem wyjścia jest chory, którego krzepi się moralnie i któremu pomaga się materjalnie, reorganizując jego warunki materjalne i rodzinne w ten sposób, aby nie pozwoliły mu powtórnie zachorować.

W jednem z niemieckich czasopism lekarskich *(Zeitschrift fü das gesamte Krankenhauswesen)* w 1931 roku w 25-tym zeszycie czytamy: Niemiecki Związek opieki społecznej w szpitalu zwraca uwagę, że może Kasom Chorych i Poliklinikom przynieść poważne oszczędności, gdyż zaprowadzenie służby społecznej da w pierwszym rzędzie skrócenie przeciętnego pobytu w szpitalu i *zapobiegnie niepotrzebnym przyjęciom chorych*, dalej da utrwalenie dodatniego wyniku leczenia przez zapobieżenie nawrotom choroby, a wreszcie pozwoli na ustalenie i pociągnięcie do świadczeń wszystkich do tego zobowiązanych Instytucyj i osób. Dziś organizacja pielęgniarsko-społeczna w szpitalach nie jest już tylko efemerydą, gdyż powstawszy z podstaw i przyczyn ideowych, ma jeszcze ponadto podkład gospodarczy. Pielęgniarka z zastępczyni niedołężnego chorego została jego *doradczynią w sprawach zdrowotnych i gospodarczych*. Nawet zwykła pielęgniarka społeczna przemienić się może, o ile ma specjalne wykształcenie i dar, w pielęgniarkę społeczno-zdrowotną. Czynność jej jest i pośredniczącą i samodzielną. Wykształcenie zaś musi mieć takie, jak każda pracownica społeczna, a nadto znać sprawy zdrowia i ustawy tyczące opieki społecznej, jakoteż miejscowe instytucje zdrowotne. Musi znać wszystkie działy pielęgniarstwa, gdyż na czas pobytu w szpitalu chorego, spełnia wszystkie opiekuńcze czynności a po wypisaniu ze szpitala oddaje go odnośnej Stacji opieki społecznej. Stworzenie, czy przy Urzędzie Zdrowia, czy przy Zarządzie szpitali urzędowego stanowiska dla opieki nad zdrowiem chorych w szpitalu, czyni wizyty innych pielęgniarek wyznaniowych zbędnymi. Będąc podległa Urzędowi Zdrowia musi podlegać opiekunka zdrowia i Dyrektorowi szpitala. Powyższe zapatrywania wygłosił Prof. Rott w Berlinie w r. 1929 na specjalnem zebraniu Związku opieki społecznej w klinikach uniwersyteckich. Jeżeli chodzi

o organizację bardziej szczegółową to „Związek“ podaje: „dla skutecznego przeprowadzenia pracy jest w ogólnym szpitalu na 500 łóżek najmniej jedna główna siła potrzebna, ale jeżeli zmiana i ruch chorych jest silniejszy, to naturalnie ilość opiekunek szpitalnych musi być większa. W szpitalach psychjatrycznych, gdzie ruch chorych mniejszy, opiekunka społeczna może zaopatrzyć większą liczbę chorych. Nie poruszam zupełnie sprawy otwartej opieki nad psychicznie chorymi, gdyż byłby to temat wymagający odrębnego omówienia. Praktycznie podam, że o ile znajdują się w jakiejś miejscowości różne mniejsze zakłady lecznicze, to mogą one być wszystkie przez jedną opiekunkę obsłużone. Gdyby znajdująca się na terenie pielęgniarka społeczna nie miała wypełnionego swego czasu pracy, można ją zatrudnić społeczną pracą szpitalną. Te pielęgniarki muszą być również zależne od Dyrekcji szpitala i nie mogą pod żadnym warunkiem mieszać się do zarządu szpitalem. Dla odpowiedniego umieszczenia chorych powinna opiekunka zdrowia odwiedzać inne Stacje i mieć ścisły kontakt z wszystkiemi instytucjami w terenie. Dla porozumienia się z rodziną chorego powinna mieć specjalne godziny i odpowiednie pomieszczenie w szpitalu. Do jej pokoju można nawet przynosić obłożnie chore na żądanie i za zezwoleniem lekarza, w szczególnych wypadkach. Dla udzielenia natychmiastowej pomocy chorym powinna taka opiekunka mieć skromny fundusz. Wszystko naturalnie, o czem się od chorego dowie, pozostaje urzędową tajemnicą. Do powyższych czynności opiekunek zdrowia w szpitalu mogą być użyte tylko takie pielęgniarki społeczne, które przeszły już w szpitalu pod odpowiedniem kierownictwem, przeszkolenie kilkumiesięczne. Ażeby uzyskać pełny efekt pracy społecznej, niezbędną jest ścisła i rozumna współpraca lekarzy, personelu pielęgniarskiego i społecznej opiekunki, wykonywana zawsze za zgodą i pod kierunkiem lekarza.

Całą opiekę społeczną w szpitalach można na trzy sposoby rozmaicie obmyśleć i ująć:

1) albo szpitalna opieka społeczna jest służbą pomocniczą zakładu,
2) albo jest ona łącznikiem między zamkniętą a otwartą opieką,
3) albo może być traktowana jako zupełnie nowy punkt wyjścia dla całej opieki zdrowotnej.

Dzielić się może ta opieka na: opiekę nad niemowlętami w klinikach dziecięcych, opiekę nad kalekami w klinikach chirurgicznych i ortopedycznych, opiekę nad umysłowo chorymi i upośledzonymi w zakładach dla umysłowo chorych i opiekę nad gruźliczo chorymi w lecznicach dla gruźlicy. Bardzo ważnym działem opiekunki społecznej wydaje się być opieka nad macierzyństwem, czuwanie nad matkami nieślubnemi i opuszczonemi. Bliższe opisanie tej pracy jako łatwo

zrozumiałe opuszczam. Na oddziale gruźlicy niemniej ważną jest jej pomoc, podtrzymuje ona chorego na duchu, dla jego uspokojenia stara się zabezpieczyć byt jego rodziny, stara się również o fundusze dla umieszczenia chorego w sanatorjum, zapewnia kontrolę lekarską nad członkami rodziny, umieszcza dzieci w zakładach profilaktycznych, pomaga w uzyskaniu pracy zarobkowej lub w stworzeniu korzystnych warunków domowych, a po opuszczeniu szpitala oddaje go rodzinie w dobrych warunkach higjenicznych i ekonomicznych i pozostawia pod kontrolą przychodni *).

Trudną i dyskretną jest praca opiekunki na oddziale chorób wenerycznych zorganizowana w Paryżu:

1) walczy ona z przesądami, które powodują ukrywanie choroby,
2) poucza o sposobie profilaktyki,
3) nakłania chorego, aby użył osobistego wpływu do leczenia osób, które mógł zarazić,
4) skierowuje do lekarza miejscowego tych chorych, którzy opuszczają szpital i Paryż.

Z powyższego widać, że pielęgniarka społeczna w szpitalu, musi przedewszystkiem mieć bardzo duże walory osobiste i specjalne powołanie, a wtedy przynieść może nadzwyczajne korzyści szpitalowi, choremu i społeczeństwu.

Niemcy rozróżniają najrozmaitsze typy pielęgniarek; *(Specialkrankenhausfürsorgerinnen beim Wohlfarhrtsamt, Specialfürsorgerinnen beim Krankenhaus, Hauptamtliche Vereinsfürsorgerinnen, Nebenamtliche Familien und Gesundheits — fürsorgerinnen i Krankenhausschwester*. Nie wspominam już o delegatkach związków charytatywnych i *Jugendamtu*, o pielęgniarkach Czerwonego Krzyża i pielęgniarkach ubogich.

U nas projektują jedną nazwę: Opiekunka zdrowia.

Ogólnie przyjmuje się, że służby społecznej w szpitalu nie może wykonywać organizacja prywatna lub wyznaniowa, gdyż to może wywoływać zamieszanie, zwłaszcza, jeżeli w szpitalu pojawi się równocześnie kilka rozmaitych delegatek.

W Austrji, Szwajcarji i Niemczech tworzy się szpitalnictwo katolickie i organizuje się pracowników szpitalnych zakonnych i świeckich, pracujących w szpitalach państwowych. Są już fachowe katolickie organizacje opieki zdrowotnej w najrozmaitszych kierunkach medycyny. Całą tę akcję prowadzi międzynarodowa organizacja katolickiej dobroczynności „*Caritas Catholica*“ w swej sekcji „*Infirmitas*“. Równo-

*) Szczegółowo opisuje obowiązki pielęgniarki społecznej w szpitalach M. Jędrzejowska w art. „Pielęgniarstwo społeczne przy szpitalu" Piel. Pol. Nr. 11—12, 1930.

cześnie zorganizowano już katolicką społeczną opiekę szpitalną. Paryski sekretarjat sekcji „*Infirmitas*" podaje, że katolicka opieka szpitalna posiada 15.700 zakładów i 752.000 łóżek. Półotwarta zaś opieka zdrowotna zaopatruje przeciętnie dwa i pół miljona pacjentów. Społeczna opieka zdrowotna na świecie jednoczy 140.000 rozmaitych towarzystw i instytucyj.

Obok tej szerokiej akcji katolickiej idą równolegle akcje: żydowska, protestancka i bezwyznaniowa.

W szpitalach powszechnych, w których leczą się chorzy rozmaitych wyznań, powinna być stanowczo pielęgniarka społeczna, niepracująca pod hasłem wyznaniowem. Podkreślam jeszcze raz, że pielęgniarka społeczna powinna mieć wielkie walory osobiste, być czynną, przewidującą i odznaczać się wysoką wrodzoną inteligencją, jakoteż dobrocią. Taka pielęgniarka społeczna odwiedza w szpitalu najsampierw oddział, załatwia przyjęcia i omawia z lekarzem sprawy związane z obsługą chorego. Najłatwiej może zorjentować się w swej pracy, jeżeli codziennie w kancelarji szpitala przeglądnie dokumenty przyjęcia chorych i dowie się od pielęgniarki oddziałowej, który z chorych jej pomocy i odwiedzin żąda. Dla lekarza oddziałowego powinna być poprostu sekretarką społeczną. Lekarz daje jej dyrektywy i sprawdza sposób realizacji swych poleceń. Nie można jednak narzucić lekarzowi oddziałowemu usług pielęgniarki społecznej. Nawet w Ameryce, gdzie społeczna służba szpitalna jest wydziałem autonomicznym szpitala, tam także nie może ona narzucić swej pracy i usług nikomu; jeżeli wzorowo i z pożytkiem pracuje, sami lekarze zaczynają chętniej używać jej usług dla pracy społecznej i sami się w tej pracy rozsmakowują.

W Polsce, w Warszawie w roku 1927 stworzył Polski Komitet do zwalczania raka Komitet pań wypełniający zadania społeczne względem chorych na raka. Pracuje tam 15-cie opiekunek szpitalnych. Podobna organizacja jest w mieście Łodzi. Warszawskie T-wo Pomocy lekarskiej i opieki nad psychicznie i nerwowo chorymi, ma od roku 1928 sekcje opieki pozazakładowej. Chorzy korzystają z porad lekarskich i są odwiedzani przez wykształconą płatną instruktorkę. Szpital św. Łazarza ma jedną pielęgniarkę społeczną na oddziale dla wenerycznie chorych, a jedną na oddziale ginekologiczno-położniczym u Dra Zakrzewskiego. I tylko tyle. Domimującą rolę przy organizowaniu tej opieki odgrywają względy finansowe. Pomimo ciężkich czasów w budżecie szpitalnym powinny się koniecznie znaleść pieniądze na utrzymanie pielęgniarki społecznej! Dla nas nietylko są ważne względy oszczędnościowe t. j. skrócenie pobytu chorego w szpitalu wskutek pracy opiekunki społecznej. Ona bowiem przez

wczesne odpowiednie umieszczenie rekonwalescenta w sanatorjum lub w innym zakładzie skraca jego pobyt w szpitalu. Podobnie jeżeli spowoduje adoptację dziecka, albo przyjęcie go w opiekę rodzinną — daje budżetowi szpitala w ciągu roku poważne oszczędności. Możliwość jednak dalszej obserwacji chorego przez opiekunkę szpitalną po opuszczeniu szpitala jest dla nas równie ważna.

Na pytanie czy wprowadzenie służby społecznej w szpitalach może zastąpić tworzenie przychodni higjeny społecznej rozmaitych specjalności, musimy odpowiedzieć, że najprawdopodobniej nie zastąpi. Niemniej wszędzie istnieje tendencja organicznego zespolenia powszechnej opieki zdrowotnej ze szpitalem i przystosowania szpitala do tego związku, do zmiany tej instytucji t. j. szpitala na miejsce, gdzie zaspakaja się społeczne i psychiczne potrzeby chorego, gdzie według *Emersona* pierwiastek miłości przenika wszędzie jak subtelny eter.

Pozostaje mi powiedzieć co mamy w tej dziedzinie na terenie Lwowa i Województwa. Otóż we Lwowie mamy 14-cie szpitali i łóżek 4.508. W Województwie ogółem 38 szpitali i łóżek 6.748. Dyplomowanych pielęgniarek mamy we Lwowie 16-cie, ale żadnej opieki szpitalnej nad chorym w szpitalu.

We Lwowie są czynne na razie tylko organizacje wyznaniowe, które owocnie pracują na terenie szpitalnym. Sekcja Szpitalna św. Wincentego a Paulo prowadzi akcję dożywiania, odwiedza chorych w szpitatu państwowym dwa razy w tygodniu i ze skromnych funduszów zakupuje protezy, bandaże i t. p. Ksiądz Michał Rękas jest bardzo czynny i doskonale odczuwa potrzebę opieki społecznej w szpitalach. Pisze artykuły, ma wykłady w radjo i prowadzi dział: „Radjo dla chorego" — Towarzystwo niesienia pomocy biednym chorym i rekonwalescentom żydom „Refuoh" w czasie swej 6-cioletniej działalności wydało bezpłatnie 3.500 rekonwalescentom lekarstwa, 100 chorych zaopatrzyło w protezy, gorsety i opaski, do uzdrowisk wysłało 176 chorych i rozdzieliło 60.000 złotych zapomogi. Obie te wyznaniowe organizacje pozostają w ścisłem porozumieniu z Dyrekcjami szpitali. Komitety parafjalne działają również charytatywnie dla szpitalnych chorych, organizacja opiekunów społecznych, którzy mają teren Lwowa podzielony na rejony, zajmuje się gorliwie rekonwalescentami szpitalnymi, nie mając jednak funduszów znaczniejszych rozdziela skromne tylko zapomogi. Ośrodek Zdrowia dorywczo przez dobrowolną pracę swych pielęgniarek opiekuje się szpitalnymi chorymi. Tak więc nowoczesnej organizacji służby pielęgniarsko-społecznej w szpitalach lwowskich niema, choć ze strony Dyrekcji szpitala i władz nadzorczych jest pełne zrozumienie omawianego problemu. Nie brak facho-

wych sił, a brak funduszów jest przyczyną tego stanu. Ostatnio Kierownictwo Kasy Chorych obiecało jeszcze w bieżącym roku zorganiwać, tytułem próby, taką służbę społeczną w swoim szpitalu. Osobiście oświadczam się za sukcesywnem wprowadzeniem służby społecznej w szpitalach, na razie przy pomocy organizacji społecznych n. p. Czerwonego Krzyża i będę się starał, aby kilka Towarzystw społeczno-higjenicznych przeznaczyło na ten cel jakąś pozycję budżetową. Gdyby jednak można było w budżetach szpitali państwowych uzyskać skromną dotację dla pielęgniarki społecznej, byłoby to może rozwiązaniem bardziej celowem, bo pielęgniarka społeczna byłaby z Dyrekcją szpitala związana. Budżet miasta Lwowa jest niestety mocno skurczony i nie pozwala obecnie na wstawienie pozycji dla opiekunki społecznej w szpitalu. W innych miastach w Województwie, gdzie pracują wykwalifikowane pielęgniarki w Ośrodkach Zdrowia i gdzie są szpitale, można łatwiej taką służbę zorganizować. Myślę przedewszystkiem o Przemyślu, który jest nam dotychczas wzorem pod względem organizacji higjeniczno-społecznej. Panowie lekarze powiatowi, mając wpływ na układanie budżetów szpitalnych, zechcą swoje ważkie zdanie i swój wpływ położyć na szali.

Piśmiennictwo polskie w tym przedmiocie zaczyna się mnożyć. W numerze 9-tym i 10-tym „Zdrowia“ z roku 1932 jest obszerna i pouczająca praca b. Ministra Chodźki. — W roku 1931 pisała w „Zdrowiu“ p. Jędrzejewska, w 1929 roku wydał Ksiądz Rękas broszurkę „Duszpasterstwo chorych i Społeczna Opieka nad chorymi“. Obce piśmiennictwo jest bardzo pokaźne *„Zeitschrift für gesammtes Krankenhauswesen“* ma w ostatnich rocznikach szereg artykułów; „Gesuntheits fürsorge“ w roku 1931 również daje wiele materjału. Angielski *„Nosokomeion“* z roku 1931 ma wiele interesujących prac, Goldman wydał wyczerpującą pracę: *„Sociale Krankenhausfürsorge*, w *Handbuch der Socialen Hygiene* w roku 1927. — O francuskiej i włoskiej literaturze nie wspominam.

A teraz parę słów usprawiedliwienia, dlaczego poruszyłem ten temat przed lekarzami urzędowymi, a nie przed lekarzami szpitalnymi. Otóż dlatego, ponieważ uważam lekarzy urzędowych za higjenistów społeczników, do których powinna należeć inicjatywa i organizacja higjeniczno-społeczna w terenie. Dawniej mówiliśmy: „Tylko dobry człowiek może być dobrym lekarzem“ i to wystarczało, — dzisiejsze wymagania jednak od lekarza społecznika są znacznie wyższe; prócz dobroci żądamy od niego wszechstronnej wiedzy fachowej, inicjatywy, odwagi społecznej, wytrwałości i zdolności skoordynowania na swym terenie pracy rozmaitych społecznych instytucyj, dla celów zdrowotnych. Taka praca da zadowolenie nowo-

czesnemu higjeniście, a specjalnie organizacja społecznej służby szpitalnej pozwoli mu pójść jeszcze jeden krok naprzód dla zaokrąglenia ogólnej społecznej opieki zdrowotnej.

Dr. Eugenjusz Doliński, Lwów

Przypomnienie o konkursie na pogadankę z rodzicami na temat:

„Co daje stacja opieki matce i dziecku"

W roku zeszłym Polski Komitet Opieki nad Dzieckiem w wyniku pierwszego konkursu na pogadankę, który nie dał pracy zasługującej na pierwszą nagrodę, ogłosił nowy konkurs na ściśle oznaczony temat, ofiarując jako nagrodę za najlepszą pracę — nieprzyznaną na I-szym Konkursie — sumę 350 zł.

Dodatkowy konkurs nie zainteresował jednak ogółu pielęgniarek. O ile pierwszy o dużo trudniejszych warunkach cieszył się dużem zainteresowaniem (nadesłano ogółem 47 prac) o tyle konkurs dodatkowy przyniósł ich bardzo niewiele.

Ze względu na nieliczne nadesłane prace P. K. O. D. zwlekał ze zwołaniem Sądu Konkursowego — i obecnie raz jeszcze ogłasza warunki konkursowe, ustalając termin ostateczny nadsyłania prac na 1 kwietnia 1933 r.

I. Przepisy Konkursu.

1. Pogadanka powinna być napisana na temat: „Co daje stacja opieki matce i dziecku"? Pogadanka powinna uwzględnić opiekę nad niemowlęciem, kobietą ciężarną, położnicą i karmiącą.

2. Udział w konkursie mogą brać tylko pielęgniarki czynne na Stacjach Opieki nad Matką i Dzieckiem, bez różnicy rodzaju Stacji: samodzielnej, przy Ośrodku Zdrowia, lub Lotnej przy zakładach pracy.

3. Trwać pogadanka powinna 1-ną godzinę.

4. Treść pogadanek powinna być dostępna dla szerokich mas, ciekawa, a jednocześnie pouczająca. Nie powinna zawierać niezrozumiałych terminów naukowych, oraz wyrazów obcych.

5. Jeżeli pogadanka związana jest z pokazywaniem przeźroczy, tablic i pomocy naukowych, to należy podać szczegółowy opis treści i używanych pomocy.

6. Ostateczny termin złożenia prac — 1 kwietnia 1933 r. Prace, pisane o ile można na maszynie, lub przynajmniej czytelnie, należy nadsyłać do Polskiego Komitetu Opieki nad Dzieckiem (Warszawa, Jasna 11).

7. Nadsyłane prace powinny być opatrzone godłem; wewnątrz w kopertach poza pracą powinna znajdować się druga koperta zamknięta, również opatrzona godłem, a zawierająca nazwisko autorki z wymienieniem stacji, na której pielęgniarka pracuje. Nazwiska na kopercie zewnętrznej (nawet przy listach poleconych), ani na pracy ujawniać nie należy.

II. Sąd Konkursowy.

1. Rozpatrzeniem i oceną nadesłanej pracy zajmie się Sąd Konkursowy, w skład którego wchodzą:

a. Delegat P. K. O. D.
b. „ Redakcji „Pielęgniarki Polskiej"
c. „ „ „Wychowania Przedszkolnego"
d. „ „ „Życia Dziecka"
e. „ „ „Zdrowia"
f. 4 pielęgniarki, które brały udział w poprzednim konkursie.

2. Za najlepszą pogadankę udzielona będzie nagroda w sumie 350 zł.
3. Nagroda dzielona nie będzie.
4. Praca nagrodzona staje się własnością P. K. O. D.
5. P. K. O. D. zastrzega sobie prawo wydrukowania prac nienagrodzonych, ale uznanych przez Sąd Konkursowy za dobre, za opłatą autorce odpowiedniego honorarjum wg. przyjętych norm.

Z zagadnień dietetycznych

Sprawozdanie z pobytu w Ameryce

10 maja 1931 roku otrzymawszy stypendjum fundacji Rockefellera, z ramienia Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa wyjechałam do Ameryki, celem dopełnienia i rozszerzenia moich wiadomości z zakresu dietetyki. Nauka racjonalnego odżywiania w zdrowiu i chorobie jest mało znana w Europie. Po drodze do Ameryki miałam sposobność zwiedzić szkołę dietetyki w Hamburgu.

Świat lekarski Ameryki z wielkiem zainteresowaniem śledzi postępy na polu dietetyki. Zagadnienia chemji odżywiania, medycyny odżywiania — mają już swoje katedry na uniwersytetach. Bogato wyposażone pracownie i laboratorja, dopomagają do przeprowadzania ciągłych doświadczeń w tej dziedzinie. Zawód dietetyczek — magistrów odżywiania — jest już tam potężnie reprezentowany i świat lekarski z nim się liczy. Byłam na zjeździe dietetyczek Ameryki, gdzie obradowało 500 osób, kobiet ze skończonym uniwersytetem. Dzięki

memu programowi studjów ułożonemu nadzwyczaj umiejętnie, poznałam ich bardzo wiele. Zwiedziłam bowiem 20 szpitali amerykańskich, w których dział diet jest najlepiej rozwinięty.

W niniejszym artykule ograniczam się do opisania najciekawszych systemów, które widziałam. Jednym z najlepiej zorganizowanych był szpital uniwersytecki w Iowa City. Na czele odżywiania stała Dr. Daum — do pomocy miała 5 asystentek i studentki na rocznej praktyce.

System pracy tam jest następujący:

Przepisana dieta zostaje przyniesiona na kartce do biura wraz z imieniem i nazwiskiem pacjenta, diagnozą, wiekiem, wagą, podpisem doktora i zaznaczeniem, kiedy ma się ta dieta rozpocząć. Chory zostaje zarejestrowany i oddany pieczy jednej ze studentek. Diety cukrzycowe są standardowe, opracowała je jedna z dietetyczek wraz z lekarzem naczelnym leczącym cukrzycowych. Jest to ułatwienie ogromne. Chorzy przychodzący do szpitala dostają się na pewną określoną dietę zależnie od stanu swej choroby. Dieta zostaje przepisana na kartkę z uwzględnieniem jadłospisu dziennego, a następnie na małe karteczki z nazwiskiem chorego. Kartki te zostają dzielone na dania zimne (kompoty i sałatę) oraz dania gorące (jarzyny, mięso). Pielęgniarki - słuchaczki, przechodzące praktykę w kuchni, rozważają poszczególne produkty i przygotowują w naczyńkach dołączając do nich kartkę z nazwiskiem chorego, zawartością i ilością. Gorące naczyńka stoją w wannie z gorącą wodą, zimne — w lodówce. Tuż przed rozdawaniem obiadu sprawdza się poszczególne kartki z jadłospisem. Dietetyczka odpowiedzialna za kuchnię sprawdza tace i wysyła je windami na wózkach ogrzewanych przez prąd elektryczny. Chory wychodząc do domu, dostaje instrukcje co do diety i zastrzyków insuliny. — Diety nieważone wypisane są na karcie pracy i przygotowywane przez zawodową kucharkę.

Diety ogólne w drugiej kuchni przygotowują kucharze. Szpital posiada swego rzeźnika, piekarnię, cukiernię, skład i spiżarnię.

A co do urządzeń kuchennych Amerykanie są mistrzami w ułatwianiu codziennych prac domowych, w udoskonaleniu przyborów kuchennych. Elektryczne spłukiwacze do kartofli i skrobaczki, maszynki do bicia piany, majonezu, puré z kartofli, gazowe piece, parowe odgrzewalnie, elektryczne lodownie, przykrywki metalowe na talerze, naczyńka kamienne dla indywidualnych porcyj. — Oto środki ułatwiające wydajność pracy do maximum.

Studentki są obowiązane odwiedzać pacjentów, poznawać ich gust, który zaspakaja się w miarę możności.

Jadłospis wypisany jest na tydzień zgóry, z uwzględnieniem wszelkich odchyleń od normalnej diety. Zapotrzebowanie na produkty wysyłane są codzień.

Powyżej opisany dział diet, był jednym z działających najsprężyściej i najlepiej. Szpital prócz chorych żywił personel tak lekarski, jak i pielęgniarski. Posiadał również doskonałą kuchnię mleczną w dziecinnym szpitalu, gdzie przeprowadzano badania nad cukrzycą u dzieci.

To był pierwszy etap mej podróży, drugim to Rochester Minnesota ze sławną na cały świat Mayo Clinic, miasto chorych, nieduże, wśród ogródków, posiadające 4 szpitale i restaurację dietetyczną. Chorzy przyjeżdżają do M. C. w celu rozpoznania ich choroby, a po badaniach i analizach zostają odesłani do poszczególnych szpitali, z których każdy posiada oddziały osobne dla różnych chorób. Zwłaszcza jeden z tych szpitali był dla mnie szczególnie ciekawą nowością: jest urządzony jak hotel i nie przypomina niczem szpitala, mieści przedewszystkiem chorych cukrzycowych. Spotkałam się tu pierwszy raz z systemem współpracy z pacjentem. Cukrzycowi mają szereg wykładów z zakresu ich choroby z punktu widzenia lekarskiego, higienicznego i dietetycznego. Opracowane zostały również podręczniki odżywiania, według których każdy chory samodzielnie normuje sobie dietę. Chory ma się ważyć, przygotowywać specjalne potrawy, zastrzykiwać insulinę. Ten system współpracy z chorym daje ogromnie dodatnie rezultaty, zainteresowanie chorego i odwrócenie jego myśli od dolegliwości, a zwrócenie jej ku ich zmniejszaniu odniosło doskonałe rezultaty.

Wysłuchałam też szeregu wykładów z zakresu diety obchudzającej przy dolegliwościach przewodu pokarmowego, artretyzmu, nerek.

Druga instytucja niezmiernie ciekawa to restauracja dietetyczna, gdzie chorzy przychodzą na posiłki czyto jako rekonwalescenci, czy też gdy ich schorzenia nie wymagają leczenia w szpitalu. Lekarz odsyła ich do biura dietetycznego, z zaznaczeniem rozpoznania i przepisuje diety. Chory zostaje ważony, mierzony, dietetyczka tłumaczy mu jego dietę, oraz odsyła go do restauracji dietetycznej, gdzie chory przez 3 dni zapoznaje się ze sposobem praktycznego stosowania rad dietetycznych. Chorzy zamiejscowi stale korespondują z biurem dietetycznem donosząc o poprawie i przesyłając do rozstrzygnięcia pytania. System ten zaczyna znajdować coraz większy zastęp zwolenników w świecie lekarskim i ogromnie odciąża szpitale, ułatwia leczenie ludziom pracującym, nie mogącym przerywać swych zajęć.

Miałam możność poznać założycielkę pierwszej kliniki odżywiania w Ameryce i przebywać w jej wzorowej klinice przez 3 miesiące. Miss Stem to osoba głębokiej kultury i zasług. Przychodnię swą rozpoczęła od 3 chorych na płuca, następnie zajęła się cukrzycowemi. Dwa razy na

tydzień odwiedza ją 60 osób, jedna z asystentek robi analizy, lekarz zmienia diety, które dietetyczki przeliczają i tłomaczą. To samo dla chorych z wrzodami żołądka, gruźlicą, złym stanem odżywiania i otyłością. Raz na tydzień odbywają się przyjęcia wieczorne dla osób pracujących. A w sobotę jako w dzień wolny w szkołach amerykańskich, — porady dietetyczne dla dzieci. Miss Stem jest mistrzem w uczeniu racjonalnego odżywiania dzieci. Dział dziecięcy prowadzi wykwalifikowana kierowniczka, a nauczycielki wykładają zasady odżywiania. W poczekalniach, dla skrócenia czasu czekającym odbywa się wykład odżywiania.

Oto treść wykładu o potrzebie wapna dla organizmu. Nauczycielka grupuje dzieci przy małym stoliku i pokazuje obrazek niemowlęcia. „Patrzcie, — mówi, — na to małe dzidzi — pewnie macie małych braciszków i siostrzyczki. A tu na tym obrazku dziecko siedzi. — A teraz dotknijcie swych palców i głowę: twarda? Co to się stało z dzieckiem, że może siedzieć? Stwardniał mu kręgosłup. — Ale w jaki sposób? Dziecko musiało coś jeść takiego, co zawierało materjał do budowy kości. Co małe dzidzi jadło? — Mleko! Mleko więc jest doskonałem źródłem dla budowy kości. — Ale nie tylko mleko, także ser, jaja, kasze całoziarniste, jarzyny, owoce budują wasze kości i zęby. Ale coś jeszcze jest potrzebne, by wasze kości były mocne — mała istotka zwana witaminą D“.

Opierając się zaś na znajomości psychologji dziecka, nauczycielka rozpoczyna grę. Chowa jeden z produktów zawierających wapno, a dzieci odgadują co jest schowane i szukają: następuje zgadywanie pokarmu najlepszego źródła wapna. Następnie dzieci naklejają w zeszyciku wycinanki przedstawiające pokarmy zawierające wapno, a wycięte z gazetki dietetycznej. Nauczycielka pisze w zeszytach; — dla silnych kości i zębów potrzebne jest wapno witaminowe D. i t. d. Dzieci idą do domów i pokazują to rodzicom. Podczas lekcji lekarze odwołują małych pacjentów, nowi przychodzą, a starsi otaczają kręgiem dzieci, tak zwane — kocięta — i przysłuchują się również. Jedna z matek przyszła do nauczycielki i prosiła o jakiś podręcznik dietetyczny, bo jej córeczka zadaje jej tak trudne pytania, że nie jest w stanie na nie odpowiedzieć. Jakiś staruszek po lekcji o wapnie mówi do nauczycielki: „Gdyby nas tak uczono gdy byliśmy dziećmi, nie cierpiałbym tak na zęby“. Lekcja kończy się ogólnem piciem mleka, które jest bardzo tanie w Ameryce, i które dzieci piją z przekonaniem, — znając już jego wartość.

Co do picia mleka w Ameryce ciekawy jest początek tego tak dodatniego zwyczaju. Niedawno jeszcze nikt nie pił mleka, szczególniej mężczyźni, tak, że farmy bankrutowały. Farmerzy więc złożyli pewną ilość pieniędzy i założyli poradnie mleczarskie, które mają swych

chemików, lekarzy, malarzy, piszących popularne broszury o wartości mleka, malujących afisze, reklamujących w filmach, teatrach. Rezultat jak dotąd jest już taki, że żaden mężczyzna ani kobieta nie spożyją żadnego posiłku, bez dodatkowej szklanki mleka. Mleko zaś dochodzi do konsumenta po pasteuryzacji w butelkach 2 i 4 szklankowych. — „Pijcie mleko“ — rozbrzmiewa na afiszach. — „Mleko to siła, życie, zdrowie“. — Szereg artystycznych obrazów — rozdaje się nauczycielstwu i dzieciom; do kolorowania daje się obrazki przedstawiające potrzebę picia mleka.

Jakże podobna propaganda przydałaby się w Polsce, gdzie mężczyźni i młodzi chłopcy wstydzą się pić mleko, i zarówno kobiety jak mężczyźni, zapijają się bezwartościową kawą i herbatą!

Miss Stem urządza też zebrania matek. Rozsyła zaproszenia, a następnie ma wykład popularny mogący się streścić w zdaniu: gdy wasze dziecko, uczynicie silnem i zdrowem — będzie i szczęśliwem. — Na jednym z nich byłam. Miss Stem jest zwolenniczką uzmysławiania nauki, pokazuje więc n. p. obraz przedstawiający kościec, mięśnie, obieg krwi — oraz pokarmy na nich namalowane, które odgrywają rolę w ich budowie. Następnie rozdaje podobną książkę matkom. O żelazie, mówi następująco: — „Dawni rycerze na wojny ubierali się w żelazne zbroje, my zaś żelazo przyjmujemy do ustroju. Buduje ono krew, również wzmacnia organizm“. Miss Stem miewa również wykłady dla nauczycielstwa; byłam na wykładzie, gdzie było 120 nauczycielek. Co piątek studenci medycyny przychodzą na wykłady dietetyki, — a Miss Stem ułożyła dla nich nadzwyczaj praktyczny podręcznik, oraz posiada cały zasób tablic i modeli, uzmysławiających wykład.

Jej sposób nauczania interesuje szerokie koła lekarzy. Całe szeregi osób, którym powierzono prowadzenie lub założenie poradni odżywiania, przyjeżdża do niej po wskazówki. Jakże podobne przychodnie przydałyby się i u nas, gdzie cukrzycowi wychodzą ze szpitala z bardzo ograniczoną wiedzą o swej diecie. Zaraz po powrocie z Ameryki rozmawiałam z jednym bezrobotnym, który wyglądał okropnie, wskutek wyniszczenia przy cukrzycy. Nie wiedząc co mu jest, pytam, na co cierpi: „a powiedziano mi w szpitalu, że jestem diabetyk, ale ja nie wiem co to jest, doktór mnie wypisał i kazał jeść kapustę i czarny chleb, ale ja nie mogę tego jeść, bo choruję. Doktór mi powiedział, żebym kupował chleb dla diabetyków, ale nie mam za co”. — Jakże sprawa uproszczoną by była przy pomocy osoby fachowej, która wytłumaczyłaby pacjentowi jego dietę. W Montrealu cukrzycowych uczą dla uproszczenia normowania diet bez wagi, a tylko w miarach gospodarskich jak szklanka, łyżka. Byłoby to możliwe i w Polsce, gdyby łyżki i szklanki miały wymiary zawsze te same, tak jak to jest

w Ameryce. Jakżeby się też przydały takie dietetyczne restauracje, gdzieby chorzy mogli otrzymywać racjonalną dietę, o ile nie mogą jej pilnować w domu ze względu na brak czasu lub umiejętności!

I jeszcze jedną ciekawą instytucję zwiedziłam będąc w Bostonie, jest nią największa na świecie klinika dentystyczna dla biednych dzieci. Założona i wyposażona przez 2 miljonerów. Początek jej bardzo interesujący. Jeden z miljonerów w poczekalni u dentysty widział, jak dzieci są nieszczęśliwe, przerażone i znudzone podczas długiego czekania. Postanowił założyć dla nich specjalną klinikę. Jest to jeden z najładniejszych budynków, jakie widziałam. Ogromna sala na I. piętrze posiada kilkadziesiąt krzeseł. Praktykują tam studenci całego świata, będący specjalnie zainteresowani w leczeniu dzieci. Widziałam Japończyków i Hindusów. Dzieci mają pokój zabaw z mozaikowemi obrazkami na ścianach i akwarjum ze złotemi rybkami, pokój zajęć, gdzie rysują i lepią różne robótki, nim przyjdzie na nie kolej. Mają również specjalną dietetyczkę, która z matkami omawia kwestje odżywiania odpowiedniego dla wzmocnienia zębów. Tu znów radzi się mleko, jarzyny zawierające wapno, szczególniej marchew, i to jedzoną na surowo dla wyrobienia dziąseł, radzi się ciemny chleb czerstwy, grzanki i t. d. I kiedy dziecko w tym samym pokoju, bawi się układaniem klocków, matka, spokojna o jego całość, przyjmuje szereg wskazówek, które w miarę możności finansowych będzie stosować. Porad i leczenia udziela się bezpłatnie.

Po mym pobycie w Ameryce miałam możność zobaczyć zastosowanie wiedzy dietetycznej nabytej w Ameryce na gruncie europejskim. Cały szereg dietetyczek dzięki fundacji Rockefellera pokończyło praktyki w Ameryce, są to przeważnie Angielki. Spędziłam z jedną z nich w Szkocji 2 tygodnie. Jest ona założycielką pierwszej przychodni odżywiania w Europie. Zaczęła od 2 chorych na tydzień, teraz klinika liczy parę tysięcy rocznie. Widziałam tam ludzi, którzy przychodzą poraz pierwszy zniechęceni do życia, a u których z dnia na dzień zauważa się postęp i powrót do zdrowia.

Hasło w zdrowem ciele zdrowy duch, — nie jest czczem tylko powiedzeniem. Lekarze amerykańscy dążą do tego, by już nie leczyć, lecz tylko utrzymywać zdrowie w maximum rozwoju i sił. A przecież racjonalne odżywianie odgrywa tak ważną rolę nietylko w leczeniu lecz i zapobieganiu chorobom.

Marja Brzozowska
Instr. dietetyki Warsz. Szkoły Pielęgniarstwa

Pielęgniarstwo zagranicą

Szkoła Położnych przy szpitalu „Maternité“ w Paryżu [1].

Szkoła ta została założona jeszcze w r. 1802. Minister Chaptal był pierwszym, który powziął projekt założenia wielkiej szkoły położnych, przeznaczonej do rekrutowania i kształcenia uczennic dla całego kraju; dwoma rozporządzeniami z dn. 18 lipca 1802 i 17 września 1803 ogłosił prefektom, że przy szpitalu „*Maternité*“ zostaje otworzona teoretyczna i praktyczna Szkoła Położnych, do której będą przyjmowane uczennice bądźto na koszt ich własny, bądź na koszt departamentu.

Wszystko, co dotyczy Szkoły Położnych, zostało uregulowane przez dekrety ministerjalne z dn. 30 czerwca 1802, 17 stycznia 1807, 8 września 1810 i przez dekret Generalnej Rady Szpitali, z 26 czerwca 1811 r. Przez nie określone programy nauczania i warunki przyjęcia przetrwały aż do roku 1895, epoki, w której Wydział Opieki Społecznej uznał za stosowne poddać je rewizji, aby je uzgodnić z nowemi warunkami nauczania, przepisanemi dekretem z 25 lipca 1893, odnoszącym się do kandydatek na dyplomowane akuszerki.

W Szkole położnych naucza się:

Teorji i praktyki porodów, szczepienia, odczytywanie recept i znaków chemicznych, szczególnie środków antyseptycznych używanych przy porodach.

Nauka w Szkole udzielana jest przez personel lekarski, należący do szpitala „*Maternité*“ a mianowicie:

Przez naczelnego lekarza położnika, który jest zarazem profesorem, przez asystenta, przez naczelną położną, położne pomocnice, przez farmakologa i internistów.

Naczelny lekarz ma kierownictwo Szkoły tak teoretyczne jak i praktyczne.

Plan nauki ustalony jest w następujący sposób:

Naczelny lekarz	80	lekcyj na rok.
Lekarze	20	„ „ „
Lekarz asystent	40	„ „ „

Naczelna położna bierze udział w nauczaniu teoretycznem wedle programu wyznaczonego przez lekarza naczelnego. Oprócz tego pod kontrolą lekarza naczelnego ćwiczy uczennice w technice odbierania porodów. Przydzieleni lekarze do szpitala „*Maternité*“ mają obowiązek nauczania położnych szczepienia i odczytywania recept.

Wykładów zasad chemji, udziela uczennicom zakładowy farmakolog. Szkoła trwa 2 lata. Każdy rok obejmuje przedmioty zawarte w programie, pierwsze wykłady poświęcane są nauce anatomji, fizjologji i podstawowym zasadom patologji. Reszta wykładów ma na celu szczegółową naukę anatomji i fizjologji kobiecej, oraz teorję i praktykę przebiegu porodów.

---

[1] Nadesłane z Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej z Genewy celem zapoznania się z instytucjami na Zjazd Międzynarodowy Paryż—Bruksela 1933 r. przyp. Red.

Wykłady anatomji uzupełniane są demonstracjami na zwłokach kobiecych. Odbywają się one w zakładzie anatomicznym szpitala w godzinach rannych, w których sale nie są zajęte przez medyków. Uczennice podzielone są na 3 grupy, każda z nich ma 6—8 wykładów, a mianowicie 1 lekcję tygodniowo, czyli że przeszkolenie seryjne każdej takiej grupy trwa 2 miesiące. Połowa wykładów obejmuje anatomję ogólną trzewi, a druga połowa anatomję specjalnie organów rodnych kobiety.

Rok szkolny rozpoczyna się 1 lipca a kończy się 30 czerwca. Egzamina zdają uczennice po ukończeniu 2 lat studjów; na podstawie tychże egzaminów otrzymują zaświadczenia, a potem wydział medyczny wydaje im dyplomy.

Jednakowoż profesorzy przydzieleni do Szkoły mogą poddawać uczennice egzaminom dodatkowym w czasie trwania kursu, a jeżeli któryś z tych egzaminów wypadnie z niedostatecznym wynikiem, uczennica może być wydalona.

Egzamina końcowe odbywają się w przeciągu maja i czerwca a rozdanie nagród ma miejsce w ostatnich dniach czerwca. Pod koniec nauki w Szkole uczennice składają egzamina przed komisją złożoną z naczelnego lekarza asystenta, internistów i 2 delegatów, z których 1 jest mianowany przez Wydział Opieki Społecznej Paryża, a drugi przez wydział medyczny.

Po ukończeniu egzaminów, członkowie komisji po rozpatrzeniu wyników spisują orzeczenia w protokole. Duplikat tego protokołu jest przesyłany wydziałowi medycznemu. Dyrektor Szkoły Położnych wręcza temuż wydziałowi zaświadczenia ukończenia kursu, za które już bez egzaminów ponownych, wydział medyczny wystawia uczennicom za opłatą 25 fr. dyplom położnej I klasy, który uprawnia je do wykonywania zawodu na całym obszarze Francji. Po ukończeniu egzaminów, komisja dopuszcza uczennice do ubiegania się o nagrody, wybierając te, które uznała za najzdolniejsze, najbardziej wykształcone i zasłużone. Nagrody te składają się z książek i 10 srebrnych medali.

Pielęgniarstwo w Irlandji

Jeszcze w początku 18-go wieku nie zajmowano się w Irlandji wcale pielęgnowaniem ubogich chorych, dopiero w połowie 18-go wieku zaczęły powstawać dla nich liczne szpitale. W miarę postępu medycyny, postępowało naprzód i pielęgniarstwo, które w końcu raczyło być zawodem n a u c z a n y m. Główne szpitale irlandzkie są to: Szpital dr. Steeven'a, *Jervis Street Hospital*, *The Rotunda* i szpitale zakonne w Dublinie. W 1815 roku powstał Szpital powszechny w Belfast, znany pod nazwą Szpitala Królewskiego Wiktorji. Zrazu miał tylko miejsce na 100 chorych, wkrótce po założeniu jednak, podczas epidemji cholery, musiał ich mieścić 200. Regulamin dla pielęgniarek starszych, nocnych i t. d. był bardzo ciężki, z długiemi godzinami pracy, mimo to przypomina dzisiejszy.

Szpital Królewski w Dublinie liczył początkowo tylko 6 łóżek i jedną pielęgniarkę, obecnie posiada 436 łóżek i bardzo piękny dom dla pielęgniarek z 150 pokojami.

Inny szpital *The North Charitable Infirmary* również posiadał zrazu tylko 6 łóżek, w 1867 r. znacznie się rozwinął, a prowadzenie jego powierzono Siostrom Miłosierdzia, co trwało do 1895 roku, kiedy to stworzono przy nim szkołę pielęgniarstwa.

Przy Szpitalu Położniczym *Coonk* znajduje się jedna ze sławnych szkół ginekologicznych w Dublinie. Został zbudowany na skutek tragicznego wypadku dwóch kobiet, które, nie mogąc dojść do odległego szpitala *Rotunda*, urodziły na ulicy i zmarły z zimna wraz z dziećmi.

Niemal wszystkie szpitale w Irlandji zostały założone przed 1850 r. Niektóre nawet na wiek przedtem, lecz pielęgniarstwo stało w nich nisko. Każda kobieta, która się nie upijała, a umiała czytać i pisać, uważana była za odpowiednią na pielęgniarkę. Dopiero Szkoła Nightingale w Londynie dała początek podniesieniu poziomu pielęgniarstwa w Irlandji.

Między najbardziej zasłużonemi pielęgniarkami w Irlandji należy wymienić Miss Margaret Huxley, która była dłuższy czas przełożoną w jednym ze szpitali w Dublinie i która przyczyniła się do powstania Szkoły Pielęgniarstwa miasta Dublina oraz Stowarzyszenia Pielęgniarek irlandzkich. Przyczyniła się również do upaństwowienia pielęgniarstwa w Irlandji oraz była jednym z członków — założycieli Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej. Drugą wybitną pielęgniarką jest Miss Alicja Reeves, przełożona od 1907 r. w Szpitalu dr. Steeven'a, która zreorganizowała szkolenie pielęgniarek. Ona to jest założycielką i prezeską Rady Narodowej Pielęgniarek Dyplomowanych w Irlandji. W 1919 r. powstało prawo o dyplomie państwowym i przyczyniło się znacznie do ujednostajnienia programu szkól pielęgniarstwa. Nowe prawo o pracownikach miejskich normuje kwestję wyboru i cenzusu kandydatek do szkół. Aby otrzymać dyplom państwowy, pielęgniarka musi zdać egzamin, którego program układa Rada Pielęgniarek. Do egzaminu dopuszczane są jedynie kandydatki, które przeszły praktykę w jednym ze szpitali zatwierdzonych przez Radę, która czuwa również nad czasem trwania praktyki oraz programem nauk. — W 1893 roku otwarto Miejską Szkołę Pielęgniarstwa w Dublinie, która opracowała określony program i w której kształciła się większość pielęgniarek szpitalnych Dublina.

Pierwszą próbą stworzenia organizacji pielęgniarek społecznych było powstanie grupy zwanej „Pielęgniarkami Królowej Wiktorji", które kształcą się na specjalnych kursach. Centralizacja wszystkich organizacyj społecznych w r. 1925 wpłynęła znacznie na rozwój higjeny publicznej. Powołano wówczas do pracy lekarzy okręgowych oraz pielęgniarki szkolne.

Osobne organizacje pielęgniarskie (home'y pielęgniarek) zajmują się pielęgnowaniem po domach. Pielęgniarka mieszka w home'ie, lub prywatnie, ale otrzymuje pracę za pośrednictwem home'u. Honorarja są normowane przez organizacje, a wpłacane na ręce pielęgniarki. Dyżury pielęgniarki prywatnej bywają bardzo długie, często są to dyżury nocne, podczas gdy rodzina pielęgnuje chorego w dzień.

Rada Narodowa Irlandzkich Pielęgniarek Dyplomowanych obejmuje 4 stowarzyszenia: „Stowarzyszenie irlandzkie pielęgniarek naczelnych", „Stowarzyszenie pielęgniarek irlandzkich", „Związek irlandzki

pielęgniarek katolickich", oraz „Zrzeszenie pielęgniarek irlandzkich". Każde stowarzyszenie wysuwa 9 delegatek do Rady Narodowej, przyjętej do Międzynarodowej Rady Pielęgniarstwa w 1925 roku. „Zrzeszenie pielęgniarek irlandzkich" oraz „Stowarzyszenie pielęgniarek irlandzkich" organizują często kursy dokształcające. Związek katolicki wydaje czasopismo p. t. „Wiadomości Pielęgniarek Irlandzkich". Warunki przyjęcia do poszczególnych stowarzyszeń są niejednolite, lecz cel stowarzyszeń jest ten sam: obrona praw i podniesienie zawodu pielęgniarskiego.

(Międzynarodowy Przegląd Pielęgniarski Nr. 1, 32, z artykułu E. Nellie Healy).

Radjo wśród obłąkanych

(Kulparków, wrzesień 1932 r.)

(Przedruk z Biuletynu Radjofonicznego Warszawa Zielna 25.)

Gdyby nie widniejący na frontonie miłego i pogodnego gmachu napis „Zakład Kulparkowski", nie przyszłoby nam do głowy, że tu, w cieniu wspaniałych drzew starego parku, wśród domów i domków, tonących w zieleni i w kwiatach, pulsuje życie tak biegunowo różne od naszego — życie świata anormalnego. Człowiek zdrów na ciele i na umyśle przestępuje progi domu obłąkanych z pewną dozą obawy. A przecież, gdy znalazłem się w obszernym i widnym hallu Zakładu Kulparkowskiego, gdy na spotkanie moje wyszedł uśmiechnięty Ks. Kapelan szpitala i niestrudzony opiekun chorych Ksiądz Michał Rękas — pierzchły ponure myśli i śmiało udałem się na wędrówkę po salach szpitalnych.

Była właśnie pora obiadowa, gdy znaleźliśmy się w czyściutkim, obitym kilimami i zdobnym w obrazy pawilonie kobiecym. Chore siedziały przy długim stole, hałasując jak przekupki na targu. Wejście nasze powiększyło ten hałas. Do umiłowanego kapłana zewsząd poczęły cisnąć się kobiety i uderzyły w prośby:

— Księże kapelanie, a na Targi Lwowskie pojedziemy?

— Proszę księdza, kiedy mnie stąd wypuszczą?

— Niech ksiądz pożyczy parę groszy na papierosy!

— Prosimy z nami do stołu, księże kanoniku...

To ostatnie, zresztą bardzo rozsądne w tych okolicznościach zdanie, wypowiedziała wysoka, szczupła, niemłoda już kobieta w czarnej chusteczce na głowie — poczem wdała się ze mną w rozmowę, rozpytując o to i owo, o Warszawę, o teatry, a przedewszystkiem o radjo, które dla tych istot, oderwanych od świata, jest jedynym z nim łącznikiem. Byłem przekonany, że to jakaś pielęgniarka, gdy nagle:

— A wie pan — szepnęła tajemniczo, — że mój syn za tydzień wstąpi już na tron polski!!!

— Syn pani? — spytałem niepewnie, nie wiedząc jak należy postąpić w takim wypadku.

— A tak, tak — mój syn wie pan, arcyksiążę. Ja przecież jestem cesarzowa Zyta...

Nie wiem, jaki obrót przybrałaby rozpoczęta w ten sposób rozmowa, gdyż na szczęście ksiądz Rękas wstał ze swego miejsca. Pożegnaliśmy chore i udaliśmy się w dalszą wędrówkę.

W infirmerji — długi rząd nieruchomo leżących postaci.

Większość ma słuchawki radjowe na uszach. Twarze rozjaśnione błogim uśmiechem, z pod przymrużonych powiek błyskają iskierki świadomości.

Ksiądz podszedł do łóżka młodej, może szesnastoletniej panienki o niezmiernie miłej, choć niemal przeźroczystej twarzy. Nie zdejmując słuchawek wyciągnęła wychudłą dłoń na przywitanie.

— Księże proboszczu... księże proboszczu... Tak cudnie grają.. Czy ja też jeszcze kiedy w życiu będę tańczyła?...

Suchy, urywany kaszel targnął ciałem młodej dziewczyny. Opadła na poduszki, nie puszczając ręki kapłana. Spojrzał na mnie smutnie, znacząco, a później wyjaśnił: „Choroba umysłowa i... otwarta gruźlica. A niema jeszcze szesnastu lat!..."

Podczas mej wędrówki po Zakładzie Kulparkowskim poznałem wiele miejscowych „znakomitości": starego żyda, który po powrocie z Anglji ubzdurał sobie, że jest królem angielskim, b. oficera, donośnym głosem wydającego rozkazy, poczciwą staruszkę przeżywającą w chorej wyobraźni czuły romans z przystojnym studentem, kobietę, która w ekstazie opowiada, jak to do nieba wędrowała („... widzieli panowie, tę figurkę świętą, co to do niebios szła? — a to przecie byłam ja!") i chorego poetę, który nie wypuszczając pary z ust grywał całemi godzinami z pielęgniarzem i wygrywał partję po partji.

Tyle różnych indywidualności, tyle dążeń, tyle zboczeń i tyle upodobań. Jedna tylko cecha jest tutaj wspólna dla wszystkich: wszyscy przepadają za radjem. O zbawiennym wpływie radja opowiadają tutaj cuda, dlatego też dzięki akcji księdza Rękasa szpital posiada własną centralę radjową, obsługującą kilka głośników i zgórą sto słuchawek. Chorzy słuchają najchętntej muzyki i nabożeństw. „Fala radjowa — to pokój, dobro dla naszych chorych" zakończył ksiądz Rękas.

KSIĄŻKI

Higjena Szkolna, podręcznik dla kierowników szkół, nauczycieli i lekarzy szkolnych pod redakcją *Dr. Stanisława Kopczyńskiego*, naczelnego wizytatora higjeny szkolnej w Min. W. R. i O. P. Wydanie II zmienione i rozszerzone. Zeszyt I i II. Wydawnictwo M. Arcta w Warszawie) (1932. Cena w przedpłacie za zeszyt 5 zł, za całość 55 zł).

W Polskiej Gazecie Lekarskiej i w Zdrowiu znajdujemy recenzje nowowydawanego podręcznika dla kierowników szkół i lekarzy szkolnych. Tak w Pol. G. Lek. Prf. St. Ciechanowski jak w Zdrowiu Dr. M. Kacprzak podnoszą duże wartości wydawanej pracy, która ukazuje się w zeszytach częściowo w nowem i rozszerzonem wydaniu. Podnoszą tak wartość naukową jak układ na działy poszczególne. Dr. Kopczyński „zdołał z niezwykłym talentem organizacyjnym zespolić pracę dwudziestu współautorów i dostroić ją do zasadniczego tonu i pewnego umiaru" (Pol. G. Lek. nr. 42 Prf. Ciechanowski) jak to było już w pierwszem wydaniu. W rozszerzonem wydaniu główne miejsce zajmują wszystkie dane z materjału polskiego, na czem całość niezmiernie zyskuje — dzieło staje się bardziej polskie nietylko co

do języka, ale i co do przykładów, poglądów i t. d., czego ze zrozumiałych powodów dotąd brak w większości naszych podręczników. Ma to ogromne znaczenie wychowawcze a jednocześnie ułatwia studjowanie, i bardziej zaciekawia czytelnika. Recenzenci podnoszą też samo wydanie na dobrym papierze i druk estetyczny, choć niektóre wykresy dla zbyt drobnego druku są niejasne. Dzieło obficie ilustrowane, co też zachęca do wzięcia do ręki.

Dotychczas wyszły 4 zeszyty:

Cele i zadania higjeny Szkolnej, Historja higjeny szkolnej w Polsce, Dr. Kopczyński.
Higjena budynku szkolnego i urządzeń szkolnych, Inż. Arch. E. Eychhorn.
Rozwój fizyczny dziecka w wieku przedszkolnym i szkolnym Dr. J. Bogdanowicz.
Wychowanie fizyczne Prf. Dr. Piasecki.
Higjena wychowawcza Prf. dr. St. Szuman i dr. T. Jaroszyński.
Cena pojedynczego zeszytu 5 zł. co wyniesie około 65 zł za całość. W przedpłacie 55 zł.

Stacja Opieki nad Matką i Dzieckiem, jej cel, działalność, organizacja, Dr. med. *Tadeusz Kopeć.* Zagadnienia Opieki nad Macierzyństwem, Dziećmi i Młodzieżą w Polsce, wydawnictwo zbiorowe pod redakcją Bronisława Krakowskiego, Naczelnika Wydziału Op. nad Dziećmi i Młodzieżą Min. Pr. i Op. Społ., Warszawa 1932, nakładem Polskiego Komitetu Opieki nad dzieckiem.

Książeczkę dr. Tadeusza Kopcia podzielić można na trzy części: pierwsza jest rodzajem wstępu, szerokiego umotywowania potrzeby Stacyj Opieki nad matką i dzieckiem dla wszystkich społeczeństw, a dla polskiego w szczególności; druga obejmuje najważniejsze, tytułowe zagadnienie, trzecia — statystyki.

W pierwszej części, po krótkim wstępie, autor przystępuje do ustalenia przyczyn dużej śmiertelności dzieci zagranicą i w Polsce. Zdaniem jego przyczyny tej śmiertelności u nas dają się sprowadzić do czterech najważniejszych.

Pierwszą jest brak oświaty i nędza warstw pracujących.

Drugą — brak dostatecznej ochrony macierzyństwa. Autor przytacza tu szereg ciekawych cyfr. N. p.: W niektórych województwach 2—10 położnych przypada na 1000 klm. kw., lub jedna — na 20-30 tysięcy mieszkańców. Rocznie wypada na jedną położną przeciętnie w wojew. poznańskiem 139 porodów, w wojew. warszawskiem 193, w lubelskiem 390, w poleskiem 540, w nowogrodzkiem 804, a w wołyńskiem 1168 porodów, podczas gdy jedna położna może przyjąć rocznie 50—60, najwyżej 90 porodów a i to, o ile nie jest zmuszona odbywać dalekich rozjazdów. Z pośród 1.000 kobiet rodzących zaledwie 2 % może odbyć połóg w szpitalu wobec znikomej liczby łóżek w zakładach położniczych. Schronisk dla ciężarnych posiadamy zaledwie 3 na 60 miejsc, tak, że olbrzymia większość kobiet ciężarnych musi pracować do ostatniej chwili, przyczem stwierdzono, że ciąża tych kobiet jest o 20 dni krótsza niż u tych, które przedtem wypoczywają, a więc te ostatnie rodzą dzieci ważące o 300—400 gramów więcej od pierwszych. Schronisk dla matek karmiących mamy zaledwie 3 dla 130 matek.

Trzecią przyczyną śmiertelności dzieci jest brak specjalnej opieki nad matką nieślubną i jej dzieckiem, wskutek czego z pośród 100 zarejestrowanych żywo urodzonych niemowląt olbrzymi procent umiera (w r. 1925 80 %!). Matka nieślubna jest przeważnie traktowana. jako wyrzutek społeczeństwa, nic więc dziwnego, że liczba poronień sztucznych zwiększa się z roku na rok. Dokładnej ich statystyki mieć nie możemy, lecz należy przypuszczać, że w 1928 roku było w Polsce 132.426 kobiet, potrzebujących pomocy lekarskiej z powodu sztucznego przerwania ciąży. Autor kończy ten ustęp, opisując doświadczenie Rosji Sowieckiej dowodzące, że przerwanie ciąży nawet w warunkach zakładowych, dokonywane przez lekarzy, „nie jest zabiegiem bezkarnym, że ono jest też nieszczęściem, a jedynem wyjściem racjonalnem jest pomoc i opieka okazana matce".

Dalszą czwartą przyczyną śmiertelności dzieci jest brak należytej opieki nad dzieckiem zdrowem i chorem wogóle. Autor ogranicza się tu do stwierdzenia, że rządy zaborcze o sprawy opieki tej nie dbały, że wszystkie szpitale, które powstały w dobie przedwojennej, były fundacjami prywatnemi, że więc „to, co mamy, sobie zawdzięczamy". Szkoda, że nie podał choćby w paru słowach obecnego stanu szpitalnictwa dziecięcego w Polsce, który, jak wiadomo jest liczebnie opłakany. (Ob. artykuł prof. Wł. Szenajcha w „Opiece nad dzieckiem" Nr. 1, 1930 r. lub artykuł dr. Tadeusza Mogilnickiego w „Pielęgniarce Polskiej" nr. 4—5, 1931.)

Rozdział następny obejmuje u s t a w o d a w s t w o p o l s k i e w z a k r e s i e o p i e k i n a d m a t k ą i d z i e c k i e m. Dr. Kopeć stwierdza, że władze państwowe okazały od samego początku odzyskanej niepodległości duże zrozumienie w tej dziedzinie. Zrozumienie to wytwarza się w liczbie istniejących obecnie instytucyj opiekuńczych i zakładów wychowawczych (Autor przytacza szereg cyfr, n. p.: posiadamy 312 stacyj opieki otwartej nad matką i dzieckiem, 30 żłóbków zamkniętych dla 705 niemowląt, 7 ochronek dla 290 podrzutków oraz 400 łóżeczek w Domu Wychowawczym im. Ks. Baudoina w Warszawie i t. d.) — Dzięki ustawie Kas chorych, ustawie państwowej o opiece społecznej oraz ustawie o pracy młodocianych i kobiet, kobieta-pracownica posiada szereg praw, które wyliczamy za autorem dla przypomnienia zainteresowanym:

1) prawo do korzystania w czasie ciąży z przerw w pracy nie dłużej jednak, jak 6 dni w miesiącu,

2) prawo do 6-ciotygodniowej przerwy w pracy przed porodem i tyleż po połogu,

3) prawo do zasiłku połogowego w wysokości całkowitego zarobku za ten okres 12 tygodni,

4) w ciągu tych przerw w pracy nie wolno przedsiębiorstwom rozwiązać umowy ani wymówić służbowego stosunku pracy,

5) Kobieta ma zapewnioną pomoc lekarską i położniczą przed, podczas i po połogu ewentualnie umieszczenie w zakładzie położniczym,

6) od dnia ukończenia zasiłku połogowego Kasy chorych mają obowiązek udzielanie matkom karmiącym zasiłku dziennego, równego cenie 1 litra mleka, nie dłużej jednak, jak w ciągu 12 tygodni,

7) przedsiębiorstwa, zatrudniające ponad 100 kobiet, są zmuszone do otwierania i utrzymywania żłóbków dziennych dla niemowląt, przyczem matkom karmiącym przysługuje prawo korzystania w ciągu godzin pracy z dwóch przerw półgodzinnych dla karmienia dzieci, które to przerwy liczą się, jako godziny pracy. W przedsiębiorstwach, zatrudniających mniejszą liczbę kobiet, musi być wydzielony jeden pokój, przeznaczony specjalnie dla karmienia niemowląt.

Autor zwraca uwagę, że powyższe uprawnienia nie biorą w obronę matki nieślubnej i jej dziecka i że głębszego ujęcia ochrony macierzyństwa możemy oczekiwać po opracowanej przez Min. Pr. i Op. Społ. dotąd nieogłoszonej ustawie o opiece społecznej nad macierzyństwem i nieletnimi.

Następny rozdział obejmuje r o d z a j e o p i e k i. Autor w dość pobieżnych zdaniach nie wspomina o tak ważnem Loi Straus!) przebiega to, czego w tej dziedzinie dokonała Francja, podnosząc wagę dla ochrony macierzyństwa o p i e k i z a m k n i ę t e j, a więc żłóbków, przytułków i t. p., stwierdzając jednak że nie może ona objąć wszystkich dzieci tego potrzebujących. Przeciwstawia jej o p i e k ę o t w a r t ą, która nie pozbawia dziecka domu rodzinnego, nie ma takich, jak opieka zamknięta ograniczeń ilościowych i zajmuje się dzieckiem od niemowlęctwa aż do wieku szkolnego. Uwagi autora o opiece otwartej, która „wychodzi z tego słusznego założenia, ż e w y c h o w a n i e d z i e c k a j e s t o b o w i ą z k i e m j e g o r o d z i c ó w, w pierwszym rzędzie matki", byłyby pełniejsze, gdyby zostały uzupełnione zagadnieniem u m i e s z c z a n i a n i e m o w l ą t w r o d z i n a c h o b c y c h (Pisząc o Francji, nie wspomina autor o *Oeuvre Grancher*, o *Oeuvre de placement de touts — petits*) u nas coraz bardziej aktualnem.

Na końcu rozdziału autor przeciwstawia typowi opieki nad dzieckiem romańskiemu — germański, który, zdaniem autora, okazał się lepszy.

Po tych rozdziałach zmierzających ciągle do tego samego celu — stacji opieki nad matką i dzieckiem następuje główna część książki.

S t a c j a i j e j d z i a ł a l n o ś ć. Autor zaczyna od wymagań minimalnych: lokal składa się z dwu pokoi, urządzenie jak najprostsze. Wynika z tego, że zorganizowanie Stacji jest bardzo łatwe, że trzeba tylko trochę dobrej woli, by ją zorganizować. Uwaga ta więc jest ważna w obecnych czasach kryzysu, którym często zasłaniają się czynniki powołane, broniąc się od powołania do życia Stacji... Działalność Stacji dzieli autor na „poradnię dla matek i wydawalnię świadczeń (w gotówce, w naturze i w postaci mleka)". Tu miałabym pewne zastrzeżenie: czy należy matkom dawać świadczenia w gotówce? Nawet w imię zasadniczego dążenia poradni, dążenia, by dziecku zachować pierś matki. „Jeżeli pokarmu jest mało, bo matka ciężko pracuje, albo gdy dziecko jest pozbawione opieki i piersi matczynej dlatego, że ona pracuje poza domem — lekarz stacyjny zaproponuje jej pewien równoważnik w gotówce wzamian za porzucenie tej pracy". Otóż sądzę, że tego rodzaju postawienie sprawy jest i niewykonalne ze względu na to, że Stacje i Ośrodki Zdrowia nie posiadają na te cele funduszów, i dlatego, że nie można matce w dzisiejszych czasach bezrobocia i redukcyj proponować porzucenia posady, nie mówiąc już o zasadzie niedawania świadczeń w gotówce przez instytucje higjeny zapobiegawczej. Charakteryzując dalej działalność Stacji, dr. Kopeć stwierdza, że bezpośrednim jej celem jest walka z ogromną śmiertelnością niemowląt, podaje kilka niezmiernie trafnych uwag jeśli chodzi o rolę kropli mleka, która wnosi ze sobą niebezpieczeństwo łatwego odstawiania dzieci od piersi i zastępowanie jej flaszką. Dlatego więc „kropla mleka może wydawać matkom buteleczki z mieszankami mlecznemi tylko na wyraźne zlecenie lekarza stacyjnego i tylko w okresie czasu przez niego wskazanym". Następują uwagi o nieleczeniu w Stacji z wyjątkiem zaburzeń w odżywianiu, krzywicy i różnych skaz. Ważność stacji potwierdza statystyka: podczas gdy śmiertelność ogólna niemowląt dochodzi u nas do 20 %, śmiertelność wśród dzieci stacyjnych nie przekracza 3 %. Bardzo słusznie podkreśla autor szersze, społeczne zadanie Stacyj, obejmujące ingerencję w pracę kobiet, propagandę, poradnictwo prawne i t. d., oraz konieczność dopełnienia działalności Stacji przez poradnie dla kobiet ciężarnych.

Autor przechodzi do o r g a n i z a c j i S t a c j i. Opisuje dość dokładnie lokal, jaki powinien być jej pomieszczeniem. Zdziwić może trochę, że w lokalu tym nie przewiduje ani jednego pokoiku na izolację dzieci podejrzanych o chorobę zakaźną, którego brak, jak wiadomo, daje się odczuć dotkliwie w wielu naszych stacjach. Po opisaniu urządzenia kuchni mlecznej, przechodzi do obowiązków lekarza i — pielęgniarki. Pracę tej ostatniej autor charakteryzuje bardzo trafnie, nie dając zresztą szczegółowych wskazówek metodycznych któreby się nie zmieściły w ramach książeczki. Podkreślić należy niezmiernie słuszną uwagę, w sprawie odwiedzin domowych: „W ł a ś c i w y m c e l e m o p i e k i d o m o w e j, o czem pielęgniarka zawsze pamiętać powinna, j e s t n i e s a m o s p o s t r z e g a n i e b ł ę d ó w a l e i c h u s u w a n i e, p r a k t y c z n e n a u c z a n i e m a t e k, j a k m a j ą t y c h b ł ę d ó w u n i k a ć". A więc pielęgniarka powinna matce p o k a z y w a ć, jak ma postępować. Dużo pielęgniarek traktuje odwiedziny domowe zanadto t e o r e t y c z n i e, zwrócenie więc uwagi na ich stronę p r a k t y c z n ą jest szczególniej cenne.

Duże zastrzeżenia mam co do roli, jaką autor przeznacza „paniom—opiekunkom". Na to, że ich głównem zadaniem jest zdobywanie środków materjalnych na potrzeby Stacji — zgoda, ale nie sądzę, by należała do nich obecność podczas wizyty matek u lekarza i przekonywanie potem matek o ich celowości. Wyręczanie pielęgniarki w jej zasadniczej pracy przez osoby niefachowe, choćby najlepszej woli jest stanowczo niepożądane i z pewnością nie zgodziłaby się na nie żadna z dyplomowanych pielęgniarek.

Technika pracy stacyjnej zawiera dosyć szczegółowy opis codziennych zajęć i obowiązków lekarza i pielęgniarki.

Nie dość wyraźnie mówi autor o obowiązku czytania przez lekarza tekstu odwiedzin pielęgniarki. Wiadomo, że pielęgniarka, przy dużym ruchu matek niezmiernie często nie jest w stanie ustnie poinformować lekarza o odwiedzinach. Z tego powodu nawet niektóre poradnie stosują system pisania tekstu odwiedzin pielęgniarskich na kartach lekarskich.

Przedostatni rozdział zawiera uwagi o organizacji opieki nad matką i dzieckiem na wsi, ostatni — statystyki.

Wartość książeczki Dr. Kopcia choć nie daje ona wyczerpujących szczegółowych wskazówek pracy dla lekarza i pielęgniarki, jest bezsprzeczna: służyć może znakomicie do poinformowania nietylko osób fachowych o celach i wartości Stacyj, ale i do zainteresowania niemi szerszego ogółu. Wartoby ją rozesłać przedewszystkiem tam, gdzie do tej pory ważność Stacyj nie jest doceniana.

Nie ulega też wątpliwości, że powinna się ona znaleźć w bibljotece każdej szkoły pielęgniarstwa.

H. Chrzanowska

Kronika Pielęgniarska

Z Lwowskiego Koła PSPZ

Koło Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych Woj. Lwowskiego podaje do wiadomości, że posiedzenia Koła odbywają się w lokalu Tow. Walki z Gruźlicą we Lwowie przy ulicy Lindego 5 w drugi czwartek każdego miesiąca.

Raz w tygodniu we czwartek od godziny 19—21 czynna jest czytelnia, z której korzystać mogą członkowie zwyczajni i nadzwyczajni Koła P. S. P. Z. oraz wszystkie inne pielęgniarki w charakterze gości Koła.

Nowy Referat Pielęgniarski

Z dniem 1 sierpnia 1932 r. został zorganizowany przy Wydziale Szpitalnictwa m. st. Warszawy — Sekcji III Higjeniczno Lekarskiej, Referat Pielęgniarstwa, który ma na celu inspekcje pielęgniarstwa w szpitalach, projektowanie i wprowadzanie ulepszeń, dokształcanie personelu pielęgniarskiego i pomocniczego. Stanowisko referentki zajęła p. Elżbieta Rabowska, pielęgniarka dyplomowana.

Kursa obrony przeciwgazowej

Na ostatnim Zjeździe Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych we Lwowie postanowiono zwrócić się do P. C. K. z prośbą o informacje i ułatwienie absolwentkom szkół pielęgniarstwa przebycia kursów obrony przeciwgazowej. Wiele bowiem absolwentek, szczególnie pracujących na prowincji i miastach prowincjonalnych nie mogło korzystać z przeszkolenia w ratownictwie zagazowanych. Zamieszczamy pismo Zarządu P. C. K. rozesłane, na interwencję P. S. P. Z. do wszystkich Okręgów P. C. K., mając nadzieję, że absolwentki skorzystają z kursów, dopełniając tym sposobem swą wiedzę, a także wypełniając powinność obywatelską przez obznajomienie się w ratownictwie zagazowanych.

DO ZARZĄDU OKRĘGU POLSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA

w.....

Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych zwróciło się do nas z prośbą, aby zawodowe pielęgniarki — absolwentki 2-letnich szkół pielęgniarstwa, zamieszkujące w miastach

prowincjonalnych mogły uczęszczać na wykłady o ratownictwie zagazowanych, które mieszczą się w programie kursów dla sióstr Pogotowia Sanit. PCK.

Ponieważ pożądanem jest, aby wszystkie pielęgniarki obznajmione były z pielęgnowaniem zagazowanych, prosimy o uwzględnienie prośby Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych i przyjęcie absolwentek Szkół Pielęgniarstwa na wykłady z gazoznawstwa na kursach Pogotowia Sanitarnego PCK., a po złożeniu przez nie egzaminu z wynikiem dobrym — wystawienia zaświadczenia.

Pielęgniarki będą się zgłaszały bezpośrednio do Zarządu Okręgu (Oddziału) PCK w tych miastach, gdzie będą zorganizowane kursy Sióstr Pog. San. PCK.

Prosimy również o porozumienie się z pp. Komendantami Szpitali, aby siostry PCK. zatrudnione w szpitalach wojskowych, miały też możność przesłuchania wykładów o ratownictwie zagazowanych.

Zast. Nacz. Dyrektora PCK. (*L. Rutkowski*)

Przewodnicząca Korpusu Sióstr PCK. (*Tarnowska*)

Wojewódzkie instruktorki pielęgniarstwa

Departament Służby Zdrowia przy Ministerstwie Opieki Społecznej nosi się z zamiarem utworzenia kilku nowych stanowisk wojewódzkich instruktorek pielęgniarstwa.

Pielęgniarki, któreby reflektowały na to stanowisko winny posiadać dyplom jednej z uprawnionych dwuletnich szkół pielęgniarstwa, dłuższą praktykę w Ośrodku Zdrowia, możliwie na kierowniczem stanowisku, oraz zdolności organizacyjne. O bliższe szczegóły należy zwracać się do referatu pielęgniarstwa w Departamencie Służby Zdrowia w Warszawie ul. Długa 38/40.

KRONIKA

Poradnia dla dzieci cukrzycowych

Od października 32 r. otwarta została w Warszawie przy Un. Klinice chorób dziecięcych poradnia dla dzieci cukrzycowych. Opłata za opiekę wynosi 5 zł miesięcznie, z uwzględnieniem zniżek dla niezamożnych, którym poradnia stara się udzielać i insuliny bezpłatnie.

Poradnia otwarta w każdą sobotę od 9—10 rano.

Inspektorki Pracy w Warszawie

W listopadzie 32 r. odbył się w Warszawie Zjazd Inspektorek Pracy. Zjazd otworzył Dr. St. Hubicki, Minister Opieki Społecznej, w obecności K. Rożnowskiego Wiceministra, i PP. Dyrektorów Klotta i Ulanowskiego. Obradom przewodniczyła Inspektorka J. Miedzińska. Omówiono sytuację uczniów przemysłowych w świetle obowiązującej ustawy, wyniki pracy nad ograniczeniem liczby uczniów w przemyśle i rzemiośle, sprawę dokształcania zawodowego młodocianych z punktu widzenia roli inspekcji pracy, warunki pracy kobiet (zmęczenie i szkodliwe zajęcie dla kobiet), oraz poruszane były najaktualniejsze zagadnienia spraw zawodowych.

Poradnia wychowawcza

W Krakowie przy ul. św. Sebastjana 24 w szkole powszechnej im. M. Konopnickiej, otwarta została w r. b. poradnia wychowawcza dla prowadzenia dzieci normalnych jakoteż i dzieci trudnych. Poradnia ta zorganizowana została na wzór poradni wiedeńskiej pod kie-

runkiem prof. Adlera. Kierownikiem poradni tutejszej jest dr. J. Kohn, który udziela wskazówek tak nauczycielom zgłaszającym się o kierunek dla dzieci, jak też omawia wypadki trudne wraz z rodzicami po zbadaniu dziecka. Poradnia otwarta jest we czwartki od godz. 4—6.

Radjo o pielęgniarstwie

W połowie lutego br. wygłoszona została pogadanka *p. J. Wyczółkowskiej-Surynowej* przez Polskie Radjo pod tytułem „Białe Czepeczki". Pogadanka przedstawia zawód pielęgniarski jako tak bardzo odpowiadający usposobieniu kobiet. Porusza zawodowe wykształcenie konieczne do spełniania tej pracy, mówi o szkołach pielęgniarstwa i późniejszej pracy absolwentek.

Szpitale warszawskie

Szpitali łącznie z Klinikami Uniwersyteckiemi znajduje się w Warszawie 17 z 5.430 łóżkami. W klinikach prywatnych ilość łóżek wynosi 1,427 razem więc Warszawa posiada 6,857 łóżek. Na 1.000 mieszkańców wypada 6,08 łóżka, gdy zagranicą na tyleż mieszkańców przypada 12—14. Najwięcej daje się odczuwać brak łóżek dla umysłowo chorych, gruźlików oraz dzieci. Miasto rozporządza dla umysłowo chorych 510 miejscami, dla gruźlików 680 a potrzeba 2.000 łóżek. Uzupełnienie kompletne braku pomieszczeń dla chorych wymagałoby nakładu około 1 miljona złotych.

Instytut do Badań Gruźlicy i Klimatu

W grudniu ub. r. odbyło się w Warszawie zebranie informacyjne w sprawie utworzenia w Zakopanem Instytutu do badań gruźlicy i klimatu.

Zebranie to zainicjowane zostało przez Polski Związek Przeciwgruźliczy. Na posiedzenie przybyło 23 przedstawicieli Rządu, Samorządu, Instytucji ubezpieczeniowych i społecznych zainteresowanych w walce z gruźlicą. Obecni też byli p. Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia Dr. J. Adamski i naczelnik Wydziału Zdrowia Mag. m. st. Warszawy Dr. Czesław Wroczyński Przewodniczył obradom prof. W. Orłowski — Wiceprezes Polskiego Związku Przeciwgruźliczego.

Lustracje Wydziałów Opieki Społecznej i Zdrowia Publicznego

Pierwsza Komisja Lustracyjna, powołana zarządzeniem Pana Ministra Opieki Społecznej, przeprowadziła pod kierownictwem Dyrektora Depertamentu Op. Sp. p. Bronisława Krakowskiego, lustrację działalności wydziałów Zdrowia i Op. Społ. związku międzykomunalnego oraz instytucyj samorządowych i społecznych w województwie lubelskiem.

Lustracje te mają na celu podniesienie poziomu działalności w dziedzinie opieki społecznej i zdrowia publicznego oraz koordynację pracy czynników rządowych, samorządowych i społecznych. Przeprowadzane będą one systematycznie na terenie wszystkich województw.

VARIA

Kolonja letnia

W „Wiadomościach Kas Chorych" nr. 21—22 z 32 r. umieszczone zostało sprawozdanie z Kolonji Letniej Krakowskiego Okręgowego Związku K. Ch. w Skomielnej Czarnej pod Jordanowem, którego streszczenie podajemy: Teren zakupiony został przez Zw. Okr. Krakowski, a składa się z ośrodka gospodarczego, kamieńca — plaży, łąk i lasu. Nachylenie ku południu daje silne nasłonecznienie, zresztą teren leży w kotlinie dopływu Raby, i chroniony jest przez grzbiety łagodnych wzniesień od halnych wiatrów.

Następuje wyliczenie i opis budynków i pomieszczeń dla 100 dzieci. Proste, praktyczne a przytem odpowiadające wymaganiom zdrowotnym urządzenia usposabiają mile czytelnika do tej Kolonji. Przytem urządzenia do zabaw i zajęć dzieci wskazują na sympatyczną atmosferę, która musiała panować w czasie pobytu dzieci.

„Tryb życia dzieci był następujący:

Rano wstawały dzieci między 7—8, przyczem trzymano się zasady niebudzenia ich, lecz wyczekiwania, aż się same obudzą. Niejedno dziecko bowiem potrzebowało snu nieco więcej od innych. Po lekkiej gimnastyce szwedzkiej, udawały się dzieci do pobliskiej rzeki do mycia. Potem kilka minut gimnastyki na plaży, powrót do domu, modlitwa i śniadanie od godz. 9-tej do $9^1/_2$.

Po śniadaniu udawały się dzieci grupami na zabawy. Zabawy odbywały się pod kierunkiem opiekunów i opiekunek na całym obszarze posiadłości kolonijnej. Teren lesisty, z gęstem podszyciem krzakami brzozy i leszczyny, dawał wielkie możliwości urozmaicenia gier. Dlatego rzadko tylko i wyjątkowo urządzano wycieczki dalsze. Często jednak i z krótszych przechadzek dzieci nie wracały do pawilonu na podwieczorek, lecz donosiło się jedzenie do terenu zabaw, gdzie spożywały posiłek z większym apetytem, niż na werandzie jadalnej. Ranne zabawy trwały od godz. $9^1/_2$ do 12, potem dzieci wracały do domu, by po umyciu się zasiąść do obiadu o $12^1/_2$. Po obiedzie zarządzano $1^1/_2$ godziny spokoju i ciszy, podczas której dzieci czytały książki w czytelni lub grały na werendzie w gry, nie wymagające ruchu. Około 3 szły dzieci na przechadzkę i zabawy do lasu lub na łąki, a powracały przed 7 i po umyciu się zasiadały do wieczerzy. Po wieczerzy następowało uroczyste opuszczenie sztandaru narodowego, potem krótka modlitwa i spoczynek.

Wspomnieć tu należy także o sobotnich „ogniskach wieczorowych“, w czasie których dzieci zgromadzone na szutrowisku wokoło płonącego ogniska, śpiewały pieśni, deklamowały, oraz słuchały tygodniowej „Gazetki kolonijnej”, którą pisały same pod kierownictwem jednego z wychowawców“. Rozkład pracy wychowawczo-administracyjnej był obmyślony, a podzielone na grupy dzieci miały swych wychowawców.

Ogólną kierowniczką Kolonji była p. Mioduszewska.

Współżycie dzieci na Kolonji i trudności wychowawcze były znaczne. „Materjał dzieci przedstawiał wiele cech ujemnych. Zebrane z różnych miejscowości pochodziły przeważnie z warstwy najuboższej o najróżnorodniejszych poziomach intelektualnych i moralnych. W przeciwieństwie do innych kolonij, miała Kolonja w Skomielnej dzieci o bardzo różnym charakterze środowiska domowego i ogólnego, bo z obszaru od Dębicy do Cieszyna“. Przytaczane są dalej poszczególne trudności wychowawcze, a spajające dzieci w pewne solidarne grupy. Według sprawozdania widać jednak zadowolenie osób pracujących na tym terenie, z osiągniętego rezultatu.

W sprawozdaniu „Wiadomości Kas Chorych“ jest nam niejasna jedna rzecz a mianowicie: Podane są ilości dni, w czasie których dzieci przebywały na Kolonji a to: Tarnów pierwsza partja 22 dni, druga 25 dni, Kraków 30 dni, Bielsko 44 dni, Biała 46 dni. — Nie możemy

więc mieć jasnego poglądu na ciągłość pracy wychowawczej. O zadowoleniu dzieci pisze się po 6 tygodniach pobytu, ale jakie wrażenia wyniosły dzieci przebywające na Kolonji przez 3—4 tygodni?

Zaciekawia nas też, jakie były koszty utrzymania dziennego, i czy w liczbie sił wychowawczo opiekuńczych, Kolonja Kasy Chorych zatrudniała też pielęgniarki zawodowe. Nasuwa się to pytanie z powodu określenia charakteru Kolonji wypoczynkowo leczniczej.

Zapatrywanie na pracę około podniesienia Zdrowia Publicznego

W „Polskim Czerwonym Krzyżu“ nr. 1 1933 r. umieszczone zostały odpowiedzi na ankietę: 1) Jakie są najgłówniejsze zadania w dziedzinie akcji społecznej, mającej troskę o higjenę i zdrowie. 2) Jakie hasła rzucić w społeczeństwo, celem obudzenia większego zainteresowania temi sprawami? W streszczeniu podajemy główne myśli wybitnych lekarzy — specjalistów, którzy tą ankietą się zainteresowali.

I tak prof. dr. Karaffa-Korbutt w krótkich słowach ujmuje swą myśl odnosząc się do władz administracyjno-wychowawczych, aby przez uświadamianie, wychowanie i popularyzację higjeny zdobywać zrozumienie zdrowia publicznego, oraz przez sanitarno-techniczne urządzenia umożliwiać higjenę. Druga myśl odnosi się do jednostki, która w osobistych korzyściach ze zdrowia winna widzieć dobro społeczne i państwowe.

Dr. Adamski ujmuje propagandę i pracę wychowawczą nad podniesieniem zdrowia publicznego w określone ramy, któremi są Ośrodki Zdrowia. W Ośrodkach Zdrowia widzi skoordynowanie pracy administracyjno-wychowawczej, zwalczającej choroby zakaźne i społeczne oraz działalność zapobiegawczą.

Inaczej zapatruje się prof. dr. Janiszewski na szerzenie higjeny i podnoszenie zdrowia publicznego. Sprawę tę poruszał on obszernie w „Nowinach Społeczno-Lekarskich“ nr. 18 i 19 32 r. w artykule: „Rzeczywista oszczędność w pracy społeczno-lekarskiej“. Autor kładzie wybitny nacisk na rozpoczynanie pracy od urządzeń sanitarnych w najszerszem słowa tego znaczeniu.

A więc urządzenia wodociągowe, usuwanie nieczystości, oczyszczanie miasta i domostw, desynfekcja są według zdania prof. Janiszewskiego podstawą pracy nad podniesieniem zdrowia publicznego. Nie należy z tego wnioskować, by usuwał od współpracy społeczeństwo, a zadanie to przekazywał tylko władzom. Owszem, apeluje jak najsilniej do wszystkich jednostek, aby brały udział w walce z niechlujstwem, brudem, w higjenicznem i odpowiedniem dostarczaniu produktów spożywczych i t. d.

Dr. M. Kacprzak tak w odpowiedzi na ankietę jak i w znanej swej książce: „Zdrowie w chacie wiejskiej“ wielki nacisk kładzie na zwracanie uwagi na czystość osobistą i otoczenia, podając w swej książce praktyczne wskazówki urządzenia gospodarstwa wiejskiego możliwie najhigjeniczniejsze i bez zbyt wielkich nakładów. Dr. Kacprzak wychodzi z założenia, że wskazówki higjeny przystosowane do możli-

wości rozbudzają zamiłowanie czystości i porządku, z czego płynie poszanowanie zdrowia, wzrost kultury i zwiększenie dobrobytu. Przez osiągnięcie tych pierwszych kroków, widzi autor podnoszenie się higjeny i zdrowia, widzi zrozumienie higjeny zapobiegawczej, i dążenie do zdobywania zdrowia. Systemu propagandy specjalnie nie określa, zaleca jedynie wytrwałą pracę i praktykę. Jest raczej za zautomatyzowaniem czynności w dziale higjeny i czystości, aniżeli za zaznajamianiem o regułach i przepisach.

Ciekawie ujmuje Doc. Szulc pracę około podniesienia zdrowia publicznego. „Najważniejszem zadaniem chwili obecnej w dziedzinie higjeny jest podniesienie żywotności i odporności ustroju przez racjonalne żywienie i przez umiejętne wychowanie fizyczne, a dopiero w drugim rzędzie postawić należy usuwanie niebezpieczeństw i zwiększenie komfortu życiowego". W tem niejako spartańskiem ujęciu sprawy, widzimy intenzywne dążenie autora do zdobycia w jak najszybszym czasie jak najbardziej wysoko wartościowych jednostek społeczeństwa, na którem dopiero może rozwinąć się późniejsza akcja systematycznej pracy nad podniesieniem zdrowia publicznego.

Pielęgniarki pracujące w Ośrodkach Zdrowia mogą sobie jasno zdać sprawę, że wszystkie zapatrywania i kierunki przytoczone jako myśli wybitnych specjalistów, zespalają się w pracy Ośrodków. W idealnie pomyślanych Ośrodkach znajdujemy całokształt pracy tak sanitarno-wychowawczej jak praktycznej, zapobiegawczej, racjonalnego żywienia, podnoszenia dobrobytu, wychowania fizycznego itd. Urzędy sanitarne, łączenie higjeny szkolnej, opieka społeczna, i nowo wprowadzone pielęgnowanie po domach, odczyty, przeźrocza, sanatorja dzienne, są to wszystko myśli wypowiedziane w ankietach, a zrealizowanie programu leży właśnie w Ośrodkach Zdrowia. Myślę, że przegląd taki ciekawy jest tem bardziej, że bierzemy czynny udział w tej pracy, a często nie zdajemy sobie sprawy z rozległości naszego zadania. Nawet Ośrodki Zdrowia, nie posiadające idealnych warunków pracy, dążą do odpowiedniej organizacji, są więc też równie ważnym posterunkiem w podniesieniu higjeny i zdrowia publicznego, a kiedyś w przyszłości z pewnością staną się Ośrodkiem wszystkich myśli wypowiedzianych przez rzeczoznawców.

Pozakładowa Opieka nad umysłowo chorymi w Warszawie

Opieka ta zorganizowana w 1929 r. przy szpitalu Św. Jana Bożego w Warszawie ma na celu odciążanie szpitali przez udzielanie pomocy lekarskiej, materjalnej i moralnej a) chorym nie wymagającym stałego pobytu w szpitalu i dla których pobyt w szpitalu jest niejednokrotnie szkodliwy. b) nie mogącym znaleźć miejsca wskutek przepełnienia. c) chorym wypisanym ze szpitala.

Chorzy nie posiadający opieki domowej, umieszczani są w rodzinach za opłatą 120 zł. miesięcznie. Dalsza pomoc wyraża się w wypłacaniu chorym zapomóg doraźnych, w zaopatrywaniu ich w odzież i obuwie, wyszukiwaniu pracy, mieszkania itd.

Na wydatki związane z prowadzeniem tego działu, który opiekuje się stale około 120 osobami przewiduje się sumę w przybliżeniu

42.000 zł. rocznie, z czego Magistrat m. Warszawy daje 30.000 zł. 12.000 zł subwencjonuje Ministerstwo Opieki Społecznej.

Opieka nad Dziećmi Głuchoniememi w Krakowie

W r. 1930 zawiązało się Katolickie Towarzystwo Opieki nad Dziećmi Głuchoniememi w Krakowie, otwierając w tymże roku internat w lokalu wynajętym przez Towarzystwo dla 9 chłopców. Tow. obejmuje swą działalnością wojew. krakowskie i kieleckie. W r. 31 Tow. przyjęło do internatu 15 chłopców. W r. bieżącym Magistrat m. Krakowa oddał Zarządowi Szkolnemu Tow. lokal, w którym pomieszczono 22 chłopców i 5 dziewczynek.

W internacie prócz zajęć szkolnych, dzieci uczą się rzemiosła, i to chłopcy szewstwa, dziewczynki krawiectwa.

Prezesem Tow. jest p. Karol Haraszkin, skarbnikiem Ks. Gałuszkiewicz, sekretarzem i kierownikiem szkoły p. Karol Kłosiński. Wiek wychowanków od 4—16 lat. Dążeniem Tow. jest rozszerzenie zakładu dla pomieszczenia większej ilości zgłaszających się dzieci, jak również przyjmowanie na naukę dochodzących. Rozszerzenie warsztatów pracy tak, by indywidualnie dobierać zawód do zdolności uczniów a tem podnosić wydajność i wartość pracy wykonywanej, jak też dać większe zamiłowanie i zadowolenie z pracy wychowankom. *M. St.*

Praktyczne

Lekarz Wojskowy tom 20 nr. 5. 1932 r.

WEISS: Stosowanie wątroby w celach leczniczych

(Fortchnitte der therapie nr. 5, 1932) streszcz. A. Fiumela.

Z powyższego artykułu wyjęliśmy to, co w pracy pielęgniarskiej może się nam przydać i zaznajomić z metodami leczenia postępowego.

Stosowanie wątroby w leczeniu anemji złośliwej.

Najlepiej działa wątroba świeża i surowa, ewentualnie krótko gotowana lub lekko smażona. Do stosowania nadaje się wątroba cielęca lub wołowa, gdyż świńska i gęsia zawiera dużą ilość tłuszczu przez co nie jest dobrze trawiona przez chorych.

Sposób podawania: do wewnątrz: oczyścić, opłukać i wysuszyć wątrobę. Następnie pokrajać w plasterki lub przepuścić przez maszynkę do mięsa. Podając w płynie należy jeszcze raz przetrzeć przez sito.

Zupy z wątroby 1)Dwukrotnie przepuścić wątrobę przez maszynkę do mięsa, następnie dodać soli i przyprawy. Włożyć do 200 gr. wody ogrzanej do 30 stopni C. dobrze mięszać, trzymać na ogniu, jednak niewolno zagotować. Po zdjęciu z ognia i ochłodzeniu przetrzeć jeszcze przez sitko. 2) Wątrobę z małą ilością wody lekko ugniatać w naczyniu aż straci swój kolor czerwony, następnie przepuścić przez maszynkę od mięsa. Otrzymaną w ten sposób kaszę można zmięszać z buljonem.

Preparaty do wewnątrz z wyciągów wątrobowych: Liver — Extract nr. 343 flakon odpowiada 100 gr. świeżej wątroby (preparat amerykański). Hepacton-Merck (Darmstadt reprez. na Polskę Warszawa Tłumacka 1, przyp. red.) 1 gr. proszku odpowiada 50 gr. świeżej wątroby. Perhepar-Richter. (Ventremon preparat holender-

ski Organonu. Hepar extract. glicerinatum i Hepar tabule preparaty Spiessa Warszawa. przyp. red.)

Doodbytniczo: 2 x dziennie 100 gr. świeżej wątroby surowej dobrze roztartej, zmięszać z rozczynem cukru gronowego lub ciepłem mlekiem, dodać do tej mieszanki 10—15 kropli nalewki opjumowej (tylko na zlecenie lekarza, dop. red.).

Zastrzyki domięśniowe: Campolon ($2 cm^3$ odpowiada 10 gr. świeżej wątroby)

Dawkowanie: w przypadkach lekkich dziennie podaje się 200—500 gr. świeżej wątroby dowewnątrz.

W przypadkach ciężkich o ile ta dawka nie jest skuteczna, podaje się kg. wątroby świeżej surowej.

Jeżeli tak wielka ilość wątroby wywołuje powikłania te stronu przewodu pokarmowego, podaje się wątrobę częściowo dowewnątrz, częściowo doodbytniczo częściowo pod postacią zastrzyków.

Podawanie doodbytniczo wątroby może wywołać w szybkim czasie podrażnienie śluzówki grubego jelita i biegunki.

W okresach ukrytych 3 x tygodniowo 200—300 gr. świeżej wątroby, a 3 x tygodniowo wyciągi wątrobowe do wewnątrz (dawka powinna odpowiadać 100—200 gr. wątroby świeżej).

Djeta: Przy podawaniu wątroby autorzy amerykańscy stosują następującą podstawową djetę: duża ilość świeżych jarzyn i owoców, mierna ilość chleba, mąki, pokarmów mącznych i ziemniaków; mało cukru. Mleko, mięso, ryby i sery. Unikać tłuszczów zwierzęcych, kiełbasy i wędlin. Tylko dla przygotowania wątroby można podawać dziennie 2 jajka i 40 gr. masła lub 100 gr. śmietany. Alkohol wzbroniony.

M. St.

Następny Numer za dwa miesiące!

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.

Adres Administracji: Marja Starowieyska, Kraków.

Drukarnia „Powściągliwość i Praca” w Krakowie, ul. Kazimierza Wielkiego l. 95.